سيكولوجية السمنة والتحكم الذاتي

محمد عاطف الجمال

ماجستير صحة نفسية

في هذا الكتاب

تناول الباحث مفهوم السمنة ، ونسب إنتشارها ، و وسائل تشخيص السمنة

، و تصنيف السمنة، و النظريات والاتجاهات المفسرة للسمنة، و أسباب السمنة

، و أضرار السمنة الإنتكاسة فى الوزن ، و ثقافة المجتمع السائدة تجاه السمنة ، و علاج السمنة

في هذا الكتاب

تناول الباحث تعريفات التحكم الذاتي، و مفهوم التحكم الذاتي ، و نماذج التحكم الذاتي

، و المبادي الأساسية للتحكم الذاتي ، و مكونات التحكم الذاتي

الفهرس

الفصل الأول

السمنة

1- مفهوم السمنة

2- نسب إنتشارها

3- وسائل تشخيص السمنة

4- تصنيف السمنة

5- النظريات والاتجاهات المفسرة للسمنة

6- أسباب السمنة

7- أضرار السمنة

الانتكاســـــــة

8- الإنتكاسة فى الوزن

9- ثقافة المجتمع السائدة تجاه السمنة

10- علاج السمنة

-السـمنة Obesity

أولا:مفهوم السمنة:-

السمنة :هى أن يكون لدى الفرد نسيج دهنى زائد عن الحد،ويزداد وزنه عن المعدل النموذجى بنسبة مئوية 15٪على الاقل (Gorma.et al.,1996:375).

- هى حالة مزمنة تتطورنتيجة للتفاعل بين بنية الفردالوراثية وبين البيئة (National Heart,Lung,and Blood Institute,1998)

- تعرف ايضا بأنها: زيادة نسبة الدهون فى الجسم عن المعدلات الطبيعية. (صافيناز شلبى،301:2001)

- هى إضطراب سيكوسوماتى حاد ناتج عن تراكـم كمية زائدة من الدهون فى الجسم ،مما يؤدى الى زيادة غير طبيعية فى الوزن بالنسبة للطول والعمـر الزمنى للفـرد، بحيث تتراوح الزيادة مابين 15٪25 من الوزن الطبيعى للجسم فى مثل هـذا السن، والتى تظهر بشـكل واضح للفرد فى العمر الزمنى ما بين 15-25سنة والناتجة عن العديد من العـوامل السـلوكية والانفعـالية غير السارة وغير الصحيحة، ويصاحبها الكثير من المشكلات الصحية الجسمية والانفعالية والمزاجية والاجتماعية وان يكون الفرد قد عانى من مظاهر السمنة المفرطة منذ فترة زمنية غير قصيرة (زينب شقير،6:2002). -
الشخص البدين : هوالذى يزيد وزنه بنسبة 20٪ عن الوزن المثالى الطبى. (Kosslyn,2004:441)

يعرفها (Orzano.et al.2004) بأنها : حالة مزمنة تنشأ نتيجة تفاعل التركيب الجينى للفرد مع البيئة وترجع السمنة الى عدة عوامل من أهمها العوامل الاجتماعية والسلوكية والثقافية والحيوية.

ثانيا:نسـب إنتشـارها:-

تختلف درجة انتشار السمنة فى بلد ما تبعا لاختلاف الأجناس والأعراق فمثلا فى الولايات المتحدة الأمريكية تنتشر السمنة بين الفتيات السود والفتيات الاسبانيات اللاتى تتراوح اعمارهن بين (5-17) سنة بنسبة أكبر من الفتيات البيض وترجـع زيادة نسـبة انتشـار السـمنة بين جـماعات عـرقية مـعينة إلى عـدة عـوامل متداخلة ثقافية، وبيولوجية، واجتماعية، وإقتصادية.

وتكون نسبة انتشارها بين النساء أعلى من الرجال ، كما يزداد معدل انتشار السمنة مع تقدم العمر خاصة لدى النساء (كيلى وباتريك،752:2002).

ونظرا لارتفاع نسبة انتشارها بصورة كبيرة فى دول العالم المتقدم؛قامت منظمة الصحة العالمية بوضعها ضمن الامراض التى تنتشر فى العالم كل (Fabricatore.et al.,2003:245).

فهى وباء ينتشر فى معظم بقاع الارض وتنفق بلايين الدولارات سنويا لعلاج السمنة (Moyad,2004:117).

وقد قدمت منظمة الصحة العالمية (World Health Organaization) إحصائية توضح أنه في عام (2008) زاد عدد الذين يعانون من الوزن الزائدعن (1.4) بليون من البالغين الذين يزيد سنهم عن (20عاما) من بينهم (200) مليون من الذكور ، (300) مليون من الإناث اللاتى كن مصابات بالسمنة،(35٪) في سن (20) فما فوق كانوا زائدي الوزن، ومنهم (11٪) كانوا مصابين بالسمنة، (65٪) من سكان العالم يعيشون في دول بها من يعانون من زيادة الوزن والسمنة .

وفي عام (2011) وجد أن أكثر من (40) مليون طفل تحت سن الخامسة كانوا يعانون من الوزن الزائد أما من حيث المخاطر تأتى السمنة في المرتبة الخامسة من مخاطر الوفيات في العالم ،وهناك علي الأقل (2.8)مليون من البالغين يموتون سنويا نتيجة زيادة الوزن أو السمنة ،بالإضافة الي (44٪) من مرضي السكر بسبب السمنة ،(23٪) من جلطات بالقلب (Ischaemic Heart Disease)،وتعزي نسبة تترواح بين (7:41٪) من بعض أنواع السرطانات الي زيادة الوزن والسمنة ،ولذلك قامت منظمة الصحة العالمية في الفترة من عام (2008-2013) بتطوير خطة عمل "Action Plan"للاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير المعدية والتحكم في تلك الأمراض ،بغرض مساعدة الملايين الذين يعانون من ذلك؛وذلك بهدف تحقيق التكيف مع تلك الأمراض المزمنة التى تستمر طوال العمر(Lifelong Diseases) ومنع المضاعفات؛تلك الخطة تهدف الي تحقيق ميثاق إطار عمل منظمة الصحة العالمية الذي يعد بمثابة خارطة الطريق لبناء ودعم المبادرات الخاصة من خلال مراقبة هذة الأمراض والوقاية منها.

ثالثا:وسائل تشـخيص السـمنة:-

هناك عدة وسائل تستخدم في التشخيص للسمنة منها ما هو معقد ومنها ما هو بسيط ولكن قبل عرض هذه الطرق يجب الإشارة إلى أن هناك عدة ركائز يجب أخذها في الاعتبار عند بداية التشخيص فتذكرزينب شقير (2005: 56:55) أهمها فيما يلى :-

1- معرفة أن هناك أنواعا مختلفة للسمنة تم تصنيفها بطرق مختلفة ،حتى يمكن من خلال هذه التصنيفات تحديد نوع السمنة المفرطة السيكوسوماتية ،والتي تحدث في سن البلوغ وتمتد لمرحلة الرشد، والتي هي موضع رعاية وعناية المتخصصين في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي .

2- حصر أهم الأعراض الشعورية واللاشعورية والجسمية، والسلوكية، والإنفعالية ، والشخصية، و الإجتماعية المصاحبة للسمنة المفرطة .

3- وقت الإصابة بالسمنة ومدة الإصابة بها ،فالسمنة المبكرة عند الأطفال ثم إختفاؤها تجعلهم أقل عرضة للإصابة بالمضاعفات عن ظهورها في البالغين ،وغالبا ما تظهر مضاعفات وأضرار السمنة المفرطة بعد (10-15) سنة من الإصابة بالسمنة خاصة السمنة المصاحبة للأمراض المختلفة المسببة لحدوث السمنة .

4- التشخيص الفارقي للسمنة المفرطة والتي قد تتداخل مع اضطرابات آخرى.

5- التحديد الدقيق لأدوات وطرائق تشخيص السمنة المفرطة.

كما أوضحت أن من أهم أدوات التشخيص المستخدمة :

أولا : المقاييس الإنثربومترية مثل :-

الميزان الطبي : قياس الوزن بالكيلوجرامات .

المـــــــــــــتر : قياس الطول بالسنتيمترات .

البيدو مـــــتر : لتقييم نشاط البدين في ضوء الطول أو الوزن.

البيدودينـــاميك : لقياس نسبة الدهون في الجسم.

جهاز Skin fold clipper : لقياس ثنايا الجلد بالجسم.

ثانيا: المقاييس السيكومترية :-

التقرير الذاتي اليومي عن حالة الفرد البدين .

الملاحظة المباشرة وغير المباشرة للبدين بواسطة المحيطين به .

التشخيص السيكومتري والدينامي لصورة الجسم لدي البدين.

-التشخيص السيكومتري والدينامي لظاهرة السمنة و أعراضها ومظاهرها المختلفة.

رابعا:تصـنيف السـمنة:-

تختلف السمنة من فرد لآخر وذلك تبعا لعدة محددات كالعمر الذي بدأت فيه بالظهور ،وأماكن الدهون في الجسم ،والأسباب التي أدت إلى حدوثها وبناء عليه يوجد أكثر من طريقة للتصنيف منها علي سبيل المثال :-

(التصنيف المرضي- التصنيف العمري- التصنيف حسب توزيع الدهون بالجسم –التصنيف حسب الأعراض والأمراض المصاحبة)

أ-التصنيف المرضي:-

1- البدانة (السمنة) الضارة:- (Morbid Obesity)

حالة يكون وزن الفرد فيها أعلي من المعدل النموذجي بمقدار (100رطل)أو بنسبة 100٪.

2- السمنة المتطورة :- (Developmental Obesity)

ذلك النوع من السمنة يبدأ أثناء فترة الطفولة أو البلوغ ،ويكون أكثر ارتباطا بمشكلات مفهوم الذات .

3- السمنة التفاعلية :- (Reactive Obesity)

هي السمنة التي تبدأ في وقت متأخر من حياة الفرد ،وتكون نتيجة لأساليب تكيف سيئة في أوقات الضغوط مثل الوفاة ،أو مغادرة المنزل

4- السمنة المزمنة :- (Chronic Obesity)

هي حالة من زيادة الوزن مدي الحياة ،مع قليل من التقلبات (Gorman.et al.,1996:375).

ب- التصنيف العمري :-

التصنيف الذي يعتمد علي عمر الفرد الذي تبدأ فيه السمنة بالظهور و ينقسم الى :-

سمنة الطفولة :يبدأ ظهورها في سن مبكر ما بين الرابعة والحادية عشر وتتميز بكثرة عدد الخلايا الدهنية واستمرار السمنة حتي بعد البلوغ أو مدي الحياة في كثير من الحالات إذا لم يتم اتباع نظام غذائي صحي،وتعتبر سمنة الطفولة أكثر صعوبة بسبب هذه الزيادة في النسيج الدهني علي حساب تضخم الخلية وعدد الخلايا الدهنية .

سمنة البلوغ : تبدأ من سن 13سنة وقد تستمر حتي الخامسة أوالسادسة عشر من عمره حيث يستقر الوزن بعد ذلك ويتميز هذا النوع بتضخم الخلية الدهنية وليس زيادتها .

ج – التصنيف حسب توزيع الدهن :-

سمنة الجزء العلوي للجسم :يطلق عليها السمنة الذكرية وهي التى تميز سمنة الرجال ،حيث تتوزع نسبة الدهن بمنطقة البطن بصفة عامة وهذا النوع من السمنة يعتبر خطراً علي الصحة ويرتبط بمعظم حالات الوفاة الناتجة عن السمنة .

سمنة الجزء السفلي للجسم : يطلق عليها السمنة الأنثوية وذلك لزيادة انتشارها بين السيدات وتعني زيادة نسبة توزيع الدهن في مناطق أسفل الجذع .

د- التصنيف حسب الأعراض والعلامات المصاحبة للسمنة:-

1- السمنة العادية :- هي التي تنتج عن زيادة في الوزن بسبب كثرة تناول الطعام و التى قد لا تسبب بعض المصاحبات المرضية لدي صاحبها .

2- السمنة المرتبطة ببعض الأدوية العلاجية مثل الأشخاص السائرين علي نظام غذائي خاص لعلاج مرض معين مثل مرضي قرحة المعدة والذين يزيد وزنهم مع العلاج لدرجة السمنة أو كالذين يتناولون أدوية فتح الشهية أو مضادات الحساسية .

3- السمنة المرضية :هي السمنة الناتجة عن أمراض الغدد الصماء وهي الغدة المختصة بإنتاج الهرمونات مما يسبب خلل وظيفي ،وهذا النوع أقل الأنواع شيوعاً، فلا تزيد نسبته عن أكثر من 1٪ من الحالات وأهم حالاته :

- زيادة نشاط الغدة الكظرية .

- انخفاض نشاط الغدة الدرقية .

- أمراض الغدة النخامية .

- أمراض الهيبوثلامس .

- أورام البنكرياس .

خامسا:النظريات المفسرة للسمنة:-

تعددت وجهات النظر التي تناولت السمنة بالتفسير والتحليل،واختلفت تبعا لاختلاف الإتجاه الذي يتم من خلاله تناول هذه الظاهرة وفيما يلي بعض هذه الاتجاهات :-

أولا:الإتجاه النفس اجتماعي السلوكي (النموذج السيكوسوماتي):-

يشير أنصار هذا الإتجاه إلى أن السمنة تنتج عن استخدام الطعام كدافع إنفعالي ،وهذه النظرية شائعة تحت اسم النموذج السيكوسوماتي للسمنة (Psychosomatic Modil Obesity) وتناول الطعام كاستجابة للمحنة الطبيعية ،أوكاثابة نفس جسمية ،أو أن السمنة ترجع إلي ضعف الذات(الأنا) وأنهم يتصرفون تجاه الطعام كمدمنين محرومين من العقار الذي أدمنوه، فالطعام يعني القوة ويستخدم لإضعاف الأنا، وهذا يؤكد أن السمنة استجابة لأزمة نفسية أو اجتماعية، مما يجعل لهذه النتيجة أهمية بالغة بالنسبة للأطباءالقائمين على علاج السمنة حيث إمكانية التقليل من التهام الطعام (Sharron,1997:440-444).

وقد وجد أن التحكم الذاتي يمثل القدرة على الإنتظار لفترة أطول للحصول على معزز كبير، بدلاً من أخذ معزز صغير فى الحال؛وتبعا لذلك فإن مرضى السمنة ينقصهم التحكم الذاتي حيث أنهم أكثر إندفاعا في الحصول علي معززات الطعام (Logue&King,1991:105).

وقامت دراسات عديدة بتقييم التوقعات الخاصة بالنتائج والكفاءة الذاتية المرتبطة بالنظام الغذائى فتوصلت نتائجها إلى أن التوقعات الخاصة بالنتائج والكفاءة الذاتية المرتبطة بالنظام الغذائى جاءت منبئة بوجود عزم على البدء فى تناول وجبات قليلة الدسم، وتحتوي على نسبة عالية من الألياف فكانت الكفاءة أكثر ارتباطا بالعزم على تناول الطعام بطريقة مقارنة بالتوقعات الخاصة بالنتائج لدى البالغين بينما كان هناك تأثير للنمذجة على تناول الطعام لدى طلبة الجامعة(Schwarzer,Renner,2000:487) .

وبذلك يري أصـحاب هـذا الاتجـاه أن السـلوك يحـدث تبعا للاشـتراط الإجـرائى كاستجابة للمثير ويزيد تكرارحدوث السلوك نتيجة لوجود تعزيز لهذا السلوك؛وتبعا لهذه النظرية فإن الدافع لأداء السلوك عبارة عن باعث نفسي عكسي مثل خفض الجوع (Baranowsk,2002:248).

ثانيا:-الإتجاه التحليلي النفسي :

يفسر أصحاب هذا الإتجاه نشأة السمنة من منظور دينامي؛ حيث يري علماء هذا الاتجاه أن الطعام يرتبط بالحب والعطف والغرام؛حيث تحس الأم أنها خائفة ؛لأنها تؤدي واجبها نحو طفلها الرضيع علي أكمل وجه ويقودها هذا الخوف إلى أن تصبح مهتمة جداً بتوفير الطعام الكافي لطفلها ويتبع الطفل منطق أمة، فيتناول الطعام باعتباره جرعة من العطف والحنان وقد يعمم الطفل هذا الشعور حينما يتعرض للتوتر ،فيكون الطعام الوسيلة الوحيدة التى تخفف من حدة التوتر،وتبعا لمفهوم "فرويد"أن هؤلاء الأطفال يعانون من نقص الحنو في المرحلة الفمية مما يجعل تناول الطعام من الأنشطة الفمية المشبعة بصورة خاصة،وعلية تصبح السمنة مثلها مثل الإفراط في التدخين،أو شرب الكحوليات أي أن الإفراط فى الطعام يمثل حالة يكون الإفراط في الطعام ليس زائدا ولكنة أيضا قهريا أي يأخذ الطعام خصائص المادة الإدمانية. (عبدالرحمن العيسوي1998(أ):136)

ويشيرعطوف ياسين (1998) إلى أن هناك تفسيراً نفسياً فسيولوجياً، الذى يوضحه "هالبرتام" عندما رأى أن القلق النفسي يكمن وراء هذا المرض ، حينما وجد أن الأبحاث التجريبية وجدت أن (62-65٪)من حالات السمنة ترجع لسبب نفسي بحت، وأن مركز الإنفعال ومركز الشبع كلاهما يوجد بالدماغ في مكان واحد هو الهيبوثلامس، ولذلك كان الانفعال الزائد والقلق لاسيما المزمن عاملا مؤثرا ومعطلا لمركز الشبع؛ بحيث يجعل الفرد تحت الضغط النفسي يفقد القدرة على إدراك حالة الشبع وبالتالي لايشعر الفرد عصبيا وفسيولوجيا بحالة الشبع مهما تناول كميات من الطعام، فيتناول أكثر ما يحتاجه من الطعام دون أن يشعر بذلك، مما يجعل الفرد (خاصة السيدة) في حالة سمنة حقيقة، ومنظر يستدعي السخرية والابتعاد عنه، ويؤثر فى مظهره الخارجى وجماله ونظرته إلي نفسه تأثير سلبيا.

وبذلك تلعب الحالة النفسية دورا هاما فى زيادة الوزن خاصة لدي الإناث؛ حيث تستخدم كطريقة للهروب بتناول الطعام بشراهة، والنتيجة زيادة الوزن، واستمرار المتاعب في نفس الوقت، وفي هذه الحالة يزداد إقبال المريض على الطعام فى آخر النهار، وفيها يزداد إحساس المريض بالكآبة والحزن، وهذه هي الظواهر الدالة علي عدم الإستقرار النفسي لذوي السمنة المفرطة (محمد الطيب 1998(أ):271) .

ويلجأ مريض السمنة إلى الطعام كأداة للهروب من ظروف الحياة القاسية ، وقد تكون السمنة المفرطة ناتجة عن القلق والاكئتاب تبادلية،كما أن الطعام والسمنة المفرطة رمز للانغلاق عن العالم والمجتمع،ولذلك فالطعام هو الصديق المفضل عند مريض السمنة المفرطة بطرق عديدة وفي مجالات عديدة ،ويستخدم الطعام بالطريقة التى يستخدمها الآخرون كعلاقات اجتماعية، وشخصية، وهذا يتولد من الحاجة الشخصية للأصدقاء (Benjamin.et al.,2009:1791)

سادسا: أسـباب حـدوث السـمنة:-

إن الضغوط المتعلقة بالرغبة في النحافة فى ثقافتنا شديدة وصارمة فالأفراد يتذكرون بشكل متكرر من خلال التليفزيون ،والمجلات ،ولوحات الإعلانات،والمناقشة العامة بأن شكل الجسم المثالي هو النحافة المفرطة ويمثل الأطفال ذلك،ويعترفون في عمر مبكر بأن زيادة الوزن أمر غير مرغوب وينظر البعض إلى أجسامهم كمصدر للإنزعاج والعار. (كيلى وباتريك، 735:2002)

حيث تعتبر عملية الأكل نوعا من الغذاء المجلب للسرور للإنسان الذي يشعر بالضجر والاكتئاب والوحدة ،والشعور بعدم التوافق مع الأسرة والمجتمع أو المستويات المادية ،فيربط هذه الإنفعالات بالاكثار من تناول الطعام كمبرر يلجأ إليه ليتجنب مواجهة حقائق الحياة فهو يأكل لأنه لايجد شيئا آخر يفعله ، أويفتقد الدافع الذاتي للبحث عن متنفس أومخرج آخر لمشكلاته ، أى أن الإنسان يهرب من مواجهة مشكلاته في سلوك تعويضى هو الإفراط في تناول الطعام الذى يسبب السمنة (إلهام شلبى،72:2008).

ومن أهم العوامل التى تسـهم في حدوث السـمنة:العـوامل الجنسية و الحـيوية و البيوكيمائية والثقافية والنفسية و الإجتماعية و يرجع حدوث السمنة لدى بعض الأشخاص إلى أسباب بيولوجية أوجنسية و في معظم الأحيان ترجع السمنة إلى تغييرات اجتماعية وسلوكية علي مدى عشرين عاما(Ludwing,etal.,2001:506).

ويؤكد ذلك ما أشارت إليه نتائج العديد من الدراسات السابقة التى تناولت السمنة بالبحث والدراسة من أن هناك عوامل متعددة تسهم فى الإصابة بالسمنة منها الوراثة ،الثقافة السائدة،البيئة،السلوك الشخصى للأفراد كـــدراســات كــلا مــن

. (Andreson,1998;Devlin.et al.,2000;Bouchor.et al.,2010)

1-العوامل الوراثية:-

هناك سبب وجيه للإعتقاد بوجود بعض أشكال السمنة التى تقوم على أساس جينى genetic basis وأنها قد لا تكون ذات صلة بكمية الطعام التى يتناولها الفرد،فإذا إفترضنا أن هناك توأماً يعانى أحدهما من السمنة ،فمن المحتمل معاناة الآخر منها ايضا؛فالتنوع فى الوزن قد يصل إلى 70٪من ناحية الوراثة (2002،2000; Berthoud،Ravussin&Bouchard)

ويشير"1998،Gladwell"إلى أن هناك باحثاً فى مجال الوراثة يدعى "Bouchard" يؤكد أن الجينات قد تؤثر فى الوزن من خلال عدة طرق فبعض الجينات يؤثر فى الشهية ،والبعض يؤثر فى التخمة والبعض الآخر يؤثر فى معدل التمثيل الغذائى.فبذلك تعد الوراثة هى المسئولة عن شكل الجسم وتوزيع الدهون فبعض الأفراد أكثر إمتلاء فى مناطق الصدر أو البطن أو الأرداف ويرجع ذلك إلى العوامل الوراثية .(Deviln.et al.,2000:855)

وقد أوجزحسن منصور(12:2000) مجموعة الصفات التى يرثها الأبناء من الآباء فيما يلى :-

1- زيادة عدد الخلايا الدهنية عن الطبيعى .

2- مناطق توزيع الدهون فى الجسم كتوزيعها فى الأرداف،والبطن.

3- ميراث الخلل فى التفاعلات الكميائية التى يتنج عنها زيادة تراكم الدهون فى الجسم.

4- قلة القدرة على استهلاك الدهون وتكسيرها.

5- بعض التغيرات فى الهرمونات بالجسم مثل :الزيادة فى إفراز هرمون الأنسولين الذى يؤدى بدوره إلى زيادة تكوين وتراكم الدهون بالجسم .

6- الشراهة فى تناول الطعام .

7- الكسل والخمول وقلة الحركة .

وبالرغم من عدم وجود تفسير محدد للزيادة الحالية للســمنة إلا أن فرضــية الإزدهار الجينى تعطى بعض التفسيرات لحدوث السمنة ،وتوضح لماذا يكون بعض الأفراد أكثر عرضة للســمنة عن غيرهم بحيث يقوم الجسم بتخزين الطاقة الزائدة فى الأوقات التى يكون فيها الطعام متوفراً حتى يســتفيد منه فى الأوقات التى يكون فيها الطعام غير متوفر، وهذه ميزة تساعد على استمرار الحياة (2004:337،Flier).

ولقد ثبت احتمالية الإصــابة بالســمنة حتى تصـــل إلى نسبة (60٪) إذا كان أحـــد الأبوين سمينا ،وإلى نسبة(90٪)إذا كان كلاهما سمينا ،وتنخفض إلى نسبة(10٪)إذا كان الوالدان لايعانيان من السمنة مما يدل على أن الجينات تؤثر فى سمنة الفرد.Bouchor.et al ، (2010:134).

2- العوامل البيئية :-

لقد ثبت لفترة من الوقت أن البيئات تؤثر على الصحة بشكل مباشر، ويعتبر السلوك أحد الطرق التى من خلالها يمكن أن تؤثر البيئة على الصحة بشكل مباشر؛ ويعتبر السلوك أحد الطرائق التى من خلالها يمكن أن تؤثر البيئة على الصحة ؛فمثلا توجد الأسواق الكبيرة التى يتوفر بها الأطعمة الطازجة بأسعار رخيصة فى الأحياء الخاصة بالطبقة المتوسطة، وبالتالى يرتبط توفر الأطعمة الصحية فالأسواق بتوفرها فى المنزل،وهذايؤدى إلى أنماط صحية فى الطعام (Fisher&Strogatz,1999:235).

حيث تلعب البيئة دورا حيويا فى حياة الأفراد وتؤثر فى مراحل النمو المختلفة حيث أنها جزء لا يتجزأ من العوامل المساهمة فى تشكيل شخصية الفرد وحياته بصفة عامة ومريض السمنة بصفة خاصة حيث يتم التشجيع على زيادة تناول الأكل فى عدة جوانب من البيئة كالطعام الرخيص نسبيا ، والأطعمة السريعة ذات الدهون عالية النسبة،

وفى الوقت نفسه عدم ممارسة التمرينات الرياضية إلانادراً، ومرجع ذلك ليس فقط لذهاب معظمنا للعمل بالسيارة؛بل أيضا لأن أوقات الاستمتاع كمشاهدة التلفاز أواستخدام النت لفترات طويلة تمر ونحن جالسون دون القيام بأى تمرين (Kosslyn,2004:422).

و أن بيئة مريض السمنة تتمثل فى عدة عناصر :-

أ-الأسرة :تلك البيئة الأولى فى حياة الفرد التى يتأثر بها وتؤثر فى بنيته وتشكل جوانب شخصيته.

فالوالدان اللذان يعانون من السمنة لا يدركان بدانة أبنائهما أو زيادة وزنهم وربما يرجع ذلك إلى عدم اهتمامهما بما يأكله الأطفال، أو عدم التزامها بنظام معين للتغذية. (Sherman.et al.,1992:184)

فالأشخاص الذين يتلقون قدرا كافيا من الرعاية والحب والتوجيه والتشجيع خاصة من جانب الوالدين عادة ما يظهرون صور ذات إيجابية، بعكس هؤلاء الذين يتعرضون للنبذ والرفض والعقاب القاسى من جانب الوالدين؛ حيث ينمو لديهم الشعور بالنبذ والرفض والعقاب القاسى من جانب الوالدين،فينمو لديهم الشعور بعدم الأمان ويظهرون صورة سلبية. (عبدالمنعم حسين،1993،53)

وقد اتضح أن الوالدين يلعبان دورا كبيرا فى تنمية مفهوم الذات لدى أطفالهن وأن موافقة الوالدين على ما يصدر فى أثناء الطفولة من سلوك هو استنكار لتطور مفهوم الذات. (Schutsd.,1994:305

لذلك يجب على الوالدين أن يقدموا لأطفالهم الأنواع الصحية من الطعام، ويتركوا لهم حرية تحديد الكمية المناسبة لهم حسب احتياجاتهم؛ فالطفل يستطيع أن يحدد ذلك كما يستطيع أن يحدد متى يشعر بالشبع، ولكن إجبار الطفل على تناول الطعام يؤدى إلى عدم قدرة الطفل على استعمال الإحساس الداخلى بالجوع أو الشبع كوسيلة لضبط كمية الطعام التى يتناولها. (Satter,1995:176)

فاختيار أنواع الأطعمة التي يعتاد عليها الأطفال تقع مسئوليته على عاتق الوالدين لما لهما من دور مهم فى ذلك ،حيث أن الطفل يولد مزود بحب فطرى للحلويات والأشياء المملحة وباستثناء ذلك فإن تفضيل باقى الأطعمة يتم فى مرحلة الطفولة؛فالأطفال يتعلمون حب أو تفضيل الأطعمة التى اعتادوا عليها فى بيئتهم والتى يأكلها الوالدين والآخرون.).Brich&fisher،1998:539 (

وتشير نتائج إحدى الدراسات إلى محاولة بعض الآباء تبرير حدوث السمنة لدى أطفالهم إلى أنها ترجع للإصابة بالغدة الدرقية، ولكن حقيقة الأمر أن أقل من (1٪)من الأطفال الذين يعانون من السمنة تكون الإضطرابات الهرمونية وغيرها من الأمراض العضوية هى السبب فى حدوث السمنة لديهم .(Epstein.et al.,1998:181)

فالأسرة هى المصدر الأساسى لإشباع حاجات الطفل المختلفة التى تتنوع ما بين حاجات بيولوجية لأزمة للنمو الجسمى للطفل،وحاجات نفسية لازمة للنمو الإنفعالى والوجدانى وحاجات آخرى يحوزها نمو الطفل الاجتماعى والعقلى (محمد أبو المجد،434:2000).

والمعاملة الوالدية محور مهم فى حدوث السمنة فتؤكد نتائج دراسة(Davison.et al.,2001:50 والتى هدفت إلى فحص العلاقة بين الوزن و الإهتمامات الوالدية ومفهوم الذات ،وأن أمهات وآباء البنات البدينات لديهن مستوى أعلي من الاهتمام بوزن بناتهن أكثر من أمهات وآباء البنات ذوات الوزن العادى، وأن زيادة الاهتمام من جانب الأمهات يؤدى إلى ضعف القدرة الجسمية والمعرفية لدى البنات البدينات كما يصاحب القيود الغذائية التى تفرضها الأم على البنات البدينات إنخفاض فى إدراك الصورة المعرفية والجسمية، بينما يؤدى اهتمام الآباء بوزن البنات البدينات إلى إنخفاض فى تقدير الذات الخاص بالجسم .كما يحذر من أن الطريقة التى يتعامل بها الآباء مع السمنة لدى الأطفال لها تأثير كبير على الصحة النفسية ،و يحذر أيضا من برامج خفض الوزن التى تزيد من إدراك الأب و اهتمامة الشديد بالسمنة دون إعطاء بدائل التعامل مع الطفل.

وقد يرجع ذلك إلى نقص المعرفة لدى الوالدين، وعدم امتلاكهم المعلومات الصحيحة عن مبادئ التغذية مما يزيد من إحتمالية إصابة أطفالهم بزيادة الوزن والسمنة (Variyam,2001:18) . فالنقص فى المعرفة هو السبب فى حدوث السمنة وهذا النقص يمكن علاجه، وبالتالى يمكن خفض نسبة الأطفال المصابين بالسمنة أو زيادة الوزن .

(Baranowski.et al.,2002:246)

فكثيرا ما تصيب السمنة أفراد العائلة الواحدة بسبب إشتراك أفراد الأسرة فى نوعيات معينة من الطعام، وتناولهم كميات كبيرة تفوق الإحتياجات الغذائية لكل منهم. (زينب شقير،90:2002)

فعندما نتناول السمنة فى مرحلة الطفولة نجد أن المسئولية تقع على الوالدين فى تربية وتعليم الأطفال عادات الأكل الصحيحة (Dannenberg. et al.,2004:264). وتتمثل وظائف الأسرة فى التالى:-

وظيفة عاطفية وهى التفاعل المتعمق بين جميع أفراد الأسرة فى ظل مشاعر العاطفة بين الوالدين والأطفال، ووظيفة حضارية؛حيث تقوم الأسرة على السعى للعمل خارج محيط الأسرة مما أدى إلى نشأة روابط وعلاقات خارج محيط الأسرة،وظيفة نفسية؛حيث تسهم الأسرة فى تهيئة جو من الصحة النفسية داخل الحياة الأسرية، وخلق جو من الاستقرار النفسى والشعور بالإنتماء الأسرى، والمجتمعى،كما تعمل الأسرة على إعالة الأطفال وتربيتهم بالإضافة إلى الوظيفة الدينية؛ حيث أصبحت أخلاقية الأسرة تابعة للأخلاقية الدينية (عبدالمنصف راشوان،2008،16:19).

ب -وسائل الإعلام:-

إن دور الإعلام فى حياتنا واضح وحيوى بشكل لا يمكن إغفاله فهو يمثل عنصرمهم فى تشكيل ثقافة الفرد ووعيه سواء أكان ذلك بصورة سلبية أم إيجابية .

ويرى بعض الآباء أنه من الصعب حماية أولادهم من الرسائل السلبية الخاصة بالتغذية غير الصحيحة وغير الصحية ،حيث تنتشر الإعلانات فى وسائل الإعلام خاصة التلفاز عن الحلويات وغيرها من الأطعمة التى تؤدى إلى زيادة حدوث السمنة فى الأطفال (Dannenberg.et al.,2004:264).

فبرامج التلفاز تعرض أنواعا مختلفة من الأطعمة التى تثير شهية المشاهد مما أدي إلى حدوث السمنة المفرطة (Tuchre.e tal.,1999:908).

وأضف إلى ذلك أثر برامـج الطـبخ التى صـارت تعـرض على مـدار الساعة عـلى القنوات المختلفة والإعلانات التى تقدم الحلول السحرية لنقص الوزن وما هى إلا إعلانات تجارية ومعظم منتجاتها غير صحية على الإطلاق ولها أضرار جسيمة على الصحة إلا أن تكرار هذه الإعلانات وبإلحاح يقلل من عزيمة مريض السمنة فى أن يتبع وسيلة صحية لإنقاص الوزن بنظام غذائى صحى يمثل فى حد ذاته مشكلة بالنسبة للإلتزام به وبالتالى يلجأ للحلول السهلة السريعة التى يراها طوال الوقت على القنوات المختلفة.

وتشير دراسة (Agliata.et al .,2004:22) التى هدفت لمعرفة أثر وسائل الإعلام على صورة الجسم لدى الذكور بعد أن ثبت بالتراث السيكولوجى تأثيرها السالب على الإناث،ولقد تم تعريض العينة المكونة من (158ذكر) لإعلانات تلفزيونية شملت صورا للجسم المثالى للذكر،واتضح من النتائج أن الذكورعينة الدراسة أصبحوا أكثر اكتئاباً ولديهم عدم رضا عن الجسم بدرجة عالية.

وتوصلت نتائج دراسة (Dohnet.et al.,2006:935) والتى بحثت دور وسائل الإعلام فى الرضا عن الجسم أن رغبة البنات فى أن يكن نحيفات القوام تقع فى المقام الأول لديهن،وأن الإعلام الذى يبين أن النحافة هى القوام المثالى يؤثر بنحو سلبى على نمو وتطور صورة الجسم.

ويتفق مع هذه النتائج دراسة (Ata.et al.,2007:1035) التى بحثت هل ضغوط وسائل الإعلام ترتبط بصورة الجسم و إتجاهات وسلوكيات الطعام لدى الذكور والإناث المراهقين وتوصلت إلى أن المراهقين غير راضين عن أجسادهم الحالية وأن الذكور مهتمون بزيادة الجزء العلوى للجسم بينما الإناث يردن إنقاص الوزن ككل وأن الضغوط الكبيرة من وسائل الإعلام ترتبط بتقدير الحجم السالب وصورة الجسم السالبة

جـ -التقدم التكنولوجى :-

لقد أسهم التقدم التكنولوجى فى تقليل الجهد البدنى ،وكذلك ساعات العمل ،بمجرد الضغط على الأزرار يتم إنجاز الأعمال المختلفة فى بضع دقائق وثوانى ،فالحياة التكنولوجية سلبت القوة الحركية للإنسان ،وجاءت السمنة نتيجة لقلة الحركة (Tuckre.et al.,1999:908).

فإنتشار الأدوات التكنولوجية مثل التلفاز والجلوس أمامه والغسالات الأتوماتيكية ،و التاكسى ،والمصاعد الكهربية كل هذه الأدوات أدت لراحة الإنسان فى المجتمع؛ مما أسفرعن الراحة وقلة الحركة للمستهلك من الطاقة ؛مما ينتج عنها السمنة (محمد شعلان ،29:2005).

لذا أصبحت الحياة المدنية باختراعاتها الحديثة من آلات كهربائية وغيرها من السيارات والمصاعد ومتابعة التلفاز التى تقلل الحركة من أهم العوامل المساعدة على زيادة الوزن والسمنة المفرطة ؛ لأنها توفــــر الجهد وتجعل حركة الفرد قليلة مما يؤدى إلى ظهور السمنة، خاصة عند النساء كثيرات الإقامة فى المنزل بصورة أكثر من الرجال (يوسف أبوحجاج،50:2006) .

والهدف من هذا التقدم هو تحقيق الرفاهية والراحة و التى تبذل من أجلها الحكومات والأفراد الكثير والكثير من الأموال والجهد والفكر فى عمل الخطط والمشروعات لترجمة نتائجه إلى أموال أو ثروة لاستخدامها فى الوصول إلى تلك الغاية ولكن فى غمرة كل هذا قد لا نستطيع معالجة الآثار السلبية الناجمة عنها بسبب الركون إلى الراحة والكسل ،اعتمادا على أن كل شئ أصبح عند أطراف أصابعنا،وهو ما يؤدى إلى إصابة معظمنا بالأمراض التى يطلقون عليها"أمراض العصر "أو "أمراض الرفاهية!! "،فالعالم من حولك يضغط عليك بشدة لتصبح بدينا، وعليك أن تقاوم بعناد أشد حتى تفلت من هذه الضغوط الرهيبة .

فالمدينة الحديثة تدفع الناس إلى السمنة ،فالتلفاز يقيدهم أمامه ،والغسالة الكهربائية ،وغسالة الصحون ،والمكنسة الكهربائية والتى تعفى ربة البيت من أى مجهود جسمانى ....وهناك الآن فرشات الأسنان بالكهرباء ،وفتاحة علب بالكهرباء ،و الريموت كنترول،والمصاعد، كلها وسائل للراحة ولكنها مفتاح طريق نحو السمنة (عادل عبدالعال،2010:41-44).

أضــف إلى هــذا ظــهور الكمــبيوتر والإنترنت والجــلوس فى أثناء إســتخدامه لفــترات طويلة ؛ حيث يرى (Wordly.et al.,2011:156)أن التكنولوجيا الحديثة أهم العوامل المسهمة فى السمنة عند المراهقين والمراهقات وهذا يعود إلى إنغماسهم فى ألعاب الكمبيوتر ،والفيديو،والإنترنت ومشاهدة التلفاز والفيديو ،وعدم الاهتمام باللياقة البدنية مما يؤدى إلى ظهور السمنة لديهم.

د-إنتشار مطاعم الوجبات السريعة:

من أهم العوامل البيئية التى لها دور أساسى فى حدوث السمنة إنتشار المطاعم التى تقدم الوجبات السريعة المحتوية على كميات كبيرة من الدهون والسعرات الحرارية والمشروبات الغازية وإقبال الناس بشدة على هذه الأنواع من الأطعمة (Anderson.et al.,1998:938).

إن اتجاه الكثير من الأشخاص لتناول واجباتهم الغذائية فى المطاعم وخاصة تلك التى تقدم الواجبات السريعة مثل (الهمبرجر،الآيس كريم،الدجاج المقلي) سبب رئيسى فى ذيادة الوزن لاحتوائها على كميات من السموم والمواد الدسمة لذاهناك علاقة وثيقة بين السمنة والوجبات السريعة فلقد أدى تغير فى الأنماط الحياتية خلال السنوات الآخيرة لحدوث تغير فى إستهلاك المواد الغذائية السريعة التى يكثر تناولها مثل قطعة الدجاج المقلي والشطائر و المعجنات والمشروبات الغازية وبعض المشروبات التى يدخل فى تركيبها الحليب. فالوجبات السريعة (التيك أواي)تمثل ضرر على الجسم لأنها مشبعة بالدهون والأملاح والسعرات الحرارية بينما تنخفض القيمة الغذائية لها ...وتساعد على السمنة والإصابة ببعض الأمراض. (عادل عبدالعال ،37:2010)

3-العوامل الاقتصادية و الاجتماعية:-

إن المستوى الاقتصادى والاجتماعى يعتبر أحد العوامل المهمة فى تكوين فكرة الفرد عن نفسه، فإذا ما قارن ذاته بمجموعة أقل منه فإنه يرفع من قيمة نفسه، أما إذا قارن نفسه بمجموعة أعلى منه فإنه ينقص من قيمة نفسه،لذا فإن المستوى الاقتصادى والاجتماعى يلعب دوره فى اختيار الأصدقاء يزداد تأثيرهم فى فترات النمو (محمد دسوقى،89:1989).

يرى محمد زلزلة (1994) أن السمنة تحدث فى الطبقات الفقيرة فى المجتمع أكثر مما يحدث فى الطبقات ذات المستوى الاجتماعى المرتفع بحوالى سبع مرات ،حيث أن الأطعمة الغنية بالطاقة مثل النشويات أرخص سعرا من الأطعمة الغنية بالبروتين ،وأن الإناث أميل للسمنة من الذكور(محمد زلزلة،146:1994). ونجد أن البيئة لها تأثير واضح على الغذاء وتناول الطعام فيوضح (French.et al.,2001:316) أن خفض أسعار الأطعمة التى تحتوى على كميات قليلة من الدهون يصاحبه زيادة استهلاك وتناول لهذه الأطعمة. وترى زينب شقير (91:2002) أنه برغم مالوحظ من انتشار السمنة بين كل من الفقراء والأغنياء فإن أغلب الدراسات توصلت إلى الآتى :-

أ- تكثر السمنة فى المدن ،حيث تمد المدن الفرد بالأطعمة الغنية بالكربوهيدرات بجانب النشاط الجسمى المحدود بها .

ب- تنتشر السمنة فى الأسر ذات الطبقات الاجتماعية المتدنية.

جـ - بعض المجتمعات تنظر إلى الرجل البدين نظرة إحترام ،وإلى المرأه البدينة على أنها أكثر جمالا مما يجعلهم ينزعون إلى السمنة.

د- برغم مما أثبتته بعض الدراسات الأجنبية من إرتباط البدانة بالمستوى الاقتصادى والاجتماعى ،فإن الدراسة التى قامت بها (مايسة شوقى،1990) أثبتت أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لا تؤدى لزيادة الوزن المفرطة ،ولاتوجد مزاملة بين مؤشر كتلة الجسم وثقافة الأبوين أوعدد الأخوة فى الأسرة أو عمل الأم ،فى حين أن بعض الدراسات الأجنبية قد أثبتت أن الأمهات العاملات ذوات المستوى التعليمى المرتفع تكن مشغولات وليس لديهن وقت كاف لملاحظة ماذا وكيف يأكل أطفالهن،أضف إلى ذلك ما أوضحته الدراسات بأن الجهل ونقص الثقافة الغذائية لهما أثر فى حدوث السمنة.

هـ- تقع مسئولية السمنة على الوالدين .وأساليب الرعاية الوالدية للأبناء.

4-أسلوب حياة الفرد:_

أظهرت الدراسات أن السمنة يمكن تقديرها بأسلوب حياة الفرد وعادات الطعام ونشاطه البدنى ونمط حياته اليومية حيث يعكس السلوك الشخصى للفرد، فالأفراد الخاملون يصابون بالسمنة المفرطة لتناولهم الأطعمة دون بذل جهد مقارنة بالعاملين أصحاب الأعمال اليدوية ،حيث إنهم يستهلكون الطاقة فى أعمالهم وبالتالى لايزداد وزنهم(Joan&Drek,1997:155).

فالسمنة إضطراب سلوكى ينتج عن كثرة الأكل وقلة ممارسة فى الأنشطة البدنية وهذه السلوكيات تؤدى إلى زيادة الوزن كما أن التغييرات التى تحدث فى أسلوب الحياة كزيادة استهلاك كميات كبيرة من الأطعمة الدسمة واحتوائها على عدد كبير من السعرات الحرارية وكثرة الأعمال التى يمارسها الأفراد أثناء الجلوس لفترات طويلة والعادات الناتجة عن الرفاهية الشديدة مثل استخدام السيارة و الريموت كنترول وغيرها كل هذه السلوكيات تسهم بقوة فى حدوث السمنة (Flegal,1998:39).

ويمكن تناول هذه العوامل المتعلقة بأسلوب حياة الفرد كمايلى:-

أ-العادات الغذائية :

إن كثرة تناول الطعام عادة سيئة عند بعض الناس نتيجة لعوامل نفسية ،أو للجهل بتأثير الطاقة الناتجة عن الغذاء الزائد ،تسبب السمنة المفرطة تدريجيا، وزيادة الإفراط فى الطعام ينتج عن تناول الوجبات السريعة أو الرخيصة (فوزية العوض،402:2001).

وتشير زينب شقير(90:2002)إلى أن وفرة الأكل الدسم وفوضى التغذية والإسراف فيها دون معايير دقيقة أو دون انتظام فى المواعيد والخمول بالإضافة الى الطقس أو المناخ الذى يكون له تأثير واضح فى مدى الإقبال على تناول الطعام من العوامل الأساسية المساعدة على السمنة .

وتشير دراسة أنصاف يونس (2003) والتى هدفت إلى الكشف عن الحالة الغذائية بين أطفال الأمهات العاملات وغير العاملات، وتوصلت الدراسة إلى أن مؤشر كتلة الجسم أظهر أنه لا توجد سمنة بين بنات وأبناء الأمهات ربات المنازل، فكان وزنهم فى المعدل الطبيعى أما الأبناء والبنات للأمهات العاملات فكانت لديهم زيادة فى الوزن نتيجة للإقبال على شراء الوجبات الجاهزة وكان هناك فارق معنوى واضح لصالح أطفال الأمهات غير العاملات.

ويرى على عامر(90:2005) أن تناول الوجبات الجاهزة التى تباع بالمحلات و التى تحتوى على نسبة عالية من السكريات والدهون ،والتى تعمل تفشى ظاهرة البدانة عند الأطفال فى الكثير من دول العالم وذلك نتيجة لنظام الحياة السريع وعدم القيام بالأنشطة الرياضية التى تكسب الجسم الرشاقة.

ب- ضعف النشاط البدنى:

وعند تحليل خصائص البيئة التى تساعد على ممارسة النشاط البدنى نجد أنها تشمل ثلاثة عوامل :تجهيز المنزل،جمال الحى أو الجوار والوسائل المتاحة، وترتبط هذه العوامل الثلاثة بعدد الدقائق التى يمشيها الفرد فى الأسبوع وكمية الرياضة التى يمارسها؛ حيث يزيد احتمال ممارسة الناس للرياضة المشى كلما كانت البيئة من حولهم جميلة وملائمة (Sallies,etal.,1997:1328).

لقد ثبت أن السمنة ترتبط بأسلوب حياة غير نشط يقضى فيه الفرد جزء كبير من وقته وهو جالس، فهناك علاقة عكسية بين وزن الجسم وكمية الأنشطة البدنية أوالرياضية التى يمارسها الفرد(Poirier.et al.,2001:459).

وقد ثبت أن مستوى النشاط لدى مرضى السمنة أقل من مستوى النشاط لدى الأ شخاص من ذوى الوزن العادى والكفاءة الذاتية للنشاط البدنى أقل لدى مرضى السمنة (.Trost.et al 2001:825,).

ولذلك يمكن إعتبار المتعة أحد النتائج المتوقعة للنشاط البدنى .فكلما زاد نشاط الأولاد والبنات زاد تبعا لذلك الكفاءة الذاتية (Motl.et al.,2001:110).

وبالتالى فإن عدم ممارسة النشاط الرياضى يعد من أهم الأسباب التى تؤدى إلى السمنة هذا بالإضافة إلى الإفراط فى تناول الطعام الذى يؤدى إلى تخزين الفائض من الغذاء والسعرات الحرارية التى يوفرها الغذاء فى الخلايا الدهنية المتواجدة تحت الجلد. (منى الأنصارى،169:2003)

فى حين أن النشاط البدنى يقلل من الشهية لدى مرضى السمنة، كما يؤدى إلى حرق السعرات الحرارية لديهم؛فلقد ثبت أن زيادة انتشار السمنة فى الخمس وعشرون عاما الماضية يرجع إلى قلة الأنشطة البدنية فى الحياة اليومية (Myers,2004:5).

وممارسة الرياضة عنصر هام لضبط الوزن؛ لأن إنتظام التمرين يؤدى إلى تحسين الجسم فى تكوينه؛ وذلك لأن جسم الفرد يتحول إلى عضلات أكثر وشحوم أقل مما يؤدى إلى تقليل نسبة الدهون،فاستخدام الرياضة أفضل من تقليل الغذاء (صلاح قادوس(أ)،37:2005).

فالسمنة نتيجة لعوامل متعددة ويعتبر نقص النشاط من أهم هذه العوامل،ويتضح أن الأفراد الذين يعانون من السمنة أقل نشاطا من ذوى الوزن العادى و لا يرجع ذلك فقط إلى السمنة ولكن يرجع إلى أسلوب حياة الشخص نفسه (Levine.et al.,2005:584).

وتزداد نسبة السمنة بسبب قلة النشاط الحركى الرياضى مما يؤدى إلى قلة التمثيل الغذائى وعدم حرق الطاقة وظهور فترات الاسترخاء والنوم (إلهام شلبى،72:2008).

فالنشاط الجسدى أو نقصه لدى الأفراد و الذى تسببه التغييرات فى أسلوب الحياة يعتبرعاملا مهما فى زيادة السمنة فالأطفال الذين يمارسون الرياضة ولذلك لا يصابون بالسمنة. (Wordly.et al.,) 2011:155

جـ- مشاهدة التلفاز:

إن الجلوس أمام التلفاز لفترات طويلة يؤثر على توازن الطاقة فى الجسم بسبب عدة عوامل منها زيادة فرص امتصاص الطعام ،وانخفاض نسبة العمليات الحيوية ،وزيادة الرغبة فى تناول الأطعمة الدسمة التى يتم الإعلان عنها فى التلفاز (Kohl&hobbs,1998:549).

كما تشير زينب شقير (90:2002)إلى أن الخمول والكسل وقلة الحـــركة والجـــــلوس طـــويلا أمام التلفزيون من أسباب حدوث السمنة فأكثر من 65٪من حالات السمنة قليلوا الحركة والنشاط.

وفى كثير من الحالات تجد المرأة العربية نفسها عاجزة عن إيجاد الحلول الناجحة لمشكلة البدانة التى تتفاقم عندما تقضى ساعات طويلة أمام التلفاز تشاهد خلالها الكثير من المذيعات،عارضات الأزياء،أوالممثلات اللاتى يتمتعن بأجسام رشيقة، ومقاسات يصعب على الكثيرات محاكاتها، وتزداد المشكلة عندما تمطر شاشات التلفاز المشاهدين بالإعلانات المكثفة عن المواد الغذائية المحببة كالبيتزا،أو الشوكولاتة،العصائر المختلفة مما يفتح شهية المشاهد ويدفعه لتناول الطعام بشكل إنعكاسى وبلا وعى بغض النظرعن الجوع أوعدمه (عادل عبدالعال ،32:2010-33).

د-العادات الاجتماعية للأفراد:

يرتبط حدوث السمنة بالعادات الاجتماعية للأفراد ،وخاصة فى المجتماعات العربية حيث تكثر الدعوات لتناول الطعام فى المناسبات المختلفة ،فيتناول الناس أنواعا عديدةمن الحلوى والفطائر والمكسرات على سبيل التسلية مابين الوجبات ،وكل هذه العوامل من أحد المسببات الرئيسية للسمنة (صلاح قادوس،2005(أ):42).

5-الـــتوقف عن الـــتدخـــين :-

يفسر الباحثون ذلك بأن التوقف عن التدخين يسبب نقصاً مفاجئاً فى مادة "النيوكتين" فى خلايا المخ ،وهذا النقص يقلل من إفراز مادة "السيروتوسين "التى تلعب دورا مهما فى التحكم فى مراكز الأكل والانفعالات فى المخ، مما يؤدى إلى زيادة فى الشهية لتناول الطعام وخاصة السكريات فتحدث السمنة المفرطة (حسن منصور،17:2000).

فالتوقف عن التدخين له أثر كبير على زيادة انتشار السمنة حيث يؤثر التوقف عن التدخين إلى زيادة الأكل .ولكن يمكن مواجهة ذلك إذا صاحب التوقف عن التدخين زيادة فى ممارسته الرياضية (Puhl.et al.,2003:213).

6-الـــــــنوع:-

حيث تتعرض المرأة فى المجتمع لضغوط خاصة بالوزن أكثر من الرجال حيث تمثل النحافة المعيار الأول للجمال والرشاقة فى الثقافة الحالية ولذا تشعر النساء بالضيق عند زيادة الوزن أكثر من الرجال كما تشعر بعدم الرضا عن أجسامهن (Rodin,1992:27).

وتمثل النساء80 ٪ من مرضى السمنة الباحثين عن علاج حيث إن النساء أكثر حرصا من الرجال فى البحث عن طرق لنقص الوزن (PI-Snuyer,2000:15).

كما توضح الدراسات السابقة أن مريضات السمنة أكثر تفكيرا فى الانتحار من غيرهن ذوات الوزن المتوسط وأكثر من الرجال ذوى السمنة (Carpenter.et al.,2000:253).

وتشير دراسة (Stic.et al.,2001) إلى تعـرض الفتاة إلى ضغوط لكى تكـون رفيعة القوام وأن عدم الرضا عن الجسم والنظام الغذائى عوامل تنبأ بزيادة الاكتئاب.

فالنوع أو الجنس يعتبر أحد العوامل التى تساهم فى حدوث السمنة حيث أن نسبة العمليات الحيوية لدى الرجال أعلى من النساء؛ولذلك يحتاج الرجال إلى عدد أكبر من السعرات الحرارية للمحافظة على الوزن وهذه النسبة المرتفعة من العمليات الحيوية لدى الرجال ترجع إلى زيادة نسبة النسيج الجاف المتمثل بشكل أساسى فى العضلات .كما تقل نسبة العمليات الحيوية بصورة ملحوظة لدى المرأة عند وصولها سن اليأس وهذا يوضح السبب فى زيادة الوزن لدى النساء بعد سن اليأس (Myers,2004:563).

التى هـــدفت لمـعرفة ما إذا كانت كتلة الجســم وإدراك (Latha.et al.,2006) وتؤكد دراسة وزن الجســم والرضا عن شكله تنبئ بمستوى تقدير الذات والاكتئاب لدى طالبات الجامعة وتوصلت نتائجها إلى أن الفتيات يشغلن أنفسهم بهيئتهن الخارجية، ووزن الجسم ، وشكله، وأن زيادة الوزن ينظر إليها بشكل سالب و رفض من الفتيات فى معظم الثقافات.

ويؤكد ذلك نتائج العديد من الدراسات السابقة وأن الإناث لديهن صورة جسم سالبة وأقل رضا عن صورة الجسم ولديهن تقدير ذات منخفض، واكتئاب أكثر من الذكور.

)Lowery.et al.,2005;Davison.et al.,2006,110;Hildebrandt,2007(

وتشير دراسة (Huston,2006)إلى أن النساء البدينات من الطبقة العليا أكثر تأثرا بنظرة المجتمع عن غيرهم من نساء الطبقة الوسطى أوالدنيا وذلك لأن نظرة المجتمع تجاههن تكون أشد قسوة فى هذا المستوى الاجتماعى المرتفع.

7-الإدراك المعرفى الخاطئ للوزن وصورة الجسم:-

يؤكد كل من علاءالدين كفافى ومايسة النيال (1995) أن من مكونات الصحة النفسية أن يكوّن الفرد مفهوما سليما حول جسمه، ولن يتسنى ذلك إلا من خلال حصوله على معلومات وبيانات حول جسمه،وتأتى هذه المعلومات من الاطلاع واستشارة ذوى التخصصات المختلفة فى الطرق الصحيحة والعلمية فى إتباع النظم والعادات الغذائية السليمة،والخطأ فى المعلومات يؤدى بالإنسان إلى الشعور بالاغتراب عن الجسم، مما يؤدى إلى المعاناة من الاضطرابات السيكوسوماتية (علاء كفافى ومايسة النيال،23:1995).

حيث تلعب صورة الجسم فى الشخص البدين دورا قويا فى معناها الانفعالى ،ورغبته فى القوة والسيطرة ،ويصبح فقدان الوزن لا يعنى فقط تحمل الجوع بل الفقدان الرمزى للحب وما يشبعة الطعام من إنتقام للميول العدوانية وآخيرا الخوف من فقدان القوة التى تعطيها له صورته الجسدية وتصبح السمنة تدريجيا هى التبريد والدفاع عن أى فشل يواجه الفرد البدين. (أحمد عكاشة،648:1998-649)

كما أشارت نتائج دراسة(Fischer.et al.,1999)التى هدفت لدراسة الإرتباط بين وزن الجسم و الاضطرابات النفسية وصورة الجسم إلى أن الوزن الزائد يرتبط على نحو دال بصورة الجسم السالبة وهناك ارتباطات ذات دلالة بين التشخيص السيكاترى وصورة الجسم غير المرغوب فيه،وأيضا اتضح أن هناك إرتباطا بين الإعتلال النفسى وصورة الجسم السالبة المضطربة.

وأجريت دراسة (Pesa.et al.,2ooo)على عينة مراهقات (زائدات الوزن- منخفضات الوزن- وزن عادى) وتبين أن الإناث زائدات الوزن يعانين من تقدير ذات منخفض وتم تفسير ذلك بأنهن لديهن عدم رضا عن صورة الجسم.

ويرى (Bailey,2003) أن نتيجة تعرض مرضى السمنة من المراهقين إلى السخرية من الآخرين يزيد من إحتمالية إصابتهم بالاكتئاب واضطراب فى صورة الجسم ويفكر نسبة كبيرة منهم فى الانتحار ويقوم البعض بمحاولات إنتحارية بالفعل.(Bailey,2003:338)

وتشير دراسة (Phares.et al.,2004) أن الإناث لديهن اهتمام بالنظام الغذائى وبأوزانهن أكثر من الذكور وسجلت الإناث دافعا أكبر نحو نحافة القامة أكثر من الذكور،ووجد أن تجارب وخبرات اهتمامات صورة الجسم وعدم الرضا عنها والحافز نحو النحافة يرتبط بعدة عوامل مثل تأثير الأصدقاء.

وتتفق نتائج كل من دراسة(Grilo.et al.,2005)على عينة من (ذكوربدناء - إناث بدينات)والتى توصلت إلى أن النساء سجلن مستويات أعلى فى عدم الرضا عن الجسم مقارنةبالرجال،ودراسة (Tiggemann,2005) أشارت نتائجها إلى أن الفتيات ذوات الوزن الثقيل واللاتى لديهن تصورات وإدراكات بأن وزنهن زائد أكثر عرضة لتكوين تقدير ذات منخفض بسهولة بسبب السمنة .

ويؤكد ذلك دراسة (Davison.et al.,2006)التى توصلت فى نتائجها إلى أن الإناث يملن إلى كتابة تقرير عن صورة الجسم سالبة أكثر من الأولاد وأن هذه الصورة السالبة ترتبط بقوة بالعلاقات الضعيفة مع الأقران والفقيرة مع الجنس الآخر .

فكلما زاد معامل الجسم زاد تبعا لذلك مفهوم الذات السالب حيث تسهم صورة الجسم والمظهر الجسدى فى تقدير الذات ويؤثر التمييز الذى يتعرض له مرضى السمنة على إدراك الذات لديهم مما يؤدى للقلق والأكتئاب وقلة الدافعية وضعف العلاقات الاجتماعية والشعور بالخجل والإهانة.

ويعانى مرضى السمنة من اضطراب فى صورة الجسم ويؤكد ذلك ما أشارت اليه الدراسات السابقة كدراسة (Griffith,2006; Hwan,2007) وأن الميول لاضطراب الطعام يرتبط بعدم الرضا عن صورة الجسم وعدم الرضا عن الهيئة الخارجية ككل وبشكل عام .

ويوضح كل من (Sarwer.et al.,1998;Sanson,2001) أن هناك إرتباط إيجابى بين السمنة واضطراب صورة الجسم لدى السيدات بصفة عامة ولدى الفتيات بالمرحلة الجامعية خاصة.

وهناك عدة عوامل تؤثر على إدراك الفرد لصورة جسمه وشكله ووزنه؛ حيث تتشكل صورة الجسم الموجبة أو السالبة بواسطة عوامل مختلفة منها : الأقران من نفس الجنس والجنس الآخر، تعليقات الأسرة، المعايير الاجتماعية، أجسام الآخرين، وتجارب الإيذاء الجنسى، والجسمى والإنفعالى، ووسائل الإعلام.

(Small&Egallery,2001;Stanford&Mccabe,2002;Gellers.etal.,2003;Alberston;shroff,2004;Pelican.et al.,2005;Clay.et al.,2005;Pattan.et al.,2006; Hildebrandt 2007)،

8-العوامل النفسية :-

تبعا لنظرية التحليل النفسى فإن زيادة الأكل هى نتيجة للإحساس عميق بالتبعية والاعتماد على الغير التى تنشأ خلال المرحلة الفمية من التطور عندما لا يتم إشباع حاجات الطفل الأساسية بصورة كافية(Bychowski, 1950:301).

فتأتى السمنة كناتج للمشاكل الانفعالية ويكون الطعام بمثابة ميكانيزم دفاعى بالنسبة عن الفرد ،يبعده مؤقتا الواقع ،ويستخدم الطعام كنوع من التسلية عندما يشعر بالوحدة والغربة (أبوالعلا عبد الفتاح وأحمد سيد،135:1994).

وهناك أربعة أصناف للإفراط فى التغذية بسبب الانفعالات النفسية المسئولة عن حدوث السمنة منها:-

-الإفراط فى التغذية : كاستجابة لتوتر إنفعالى غير محدد.

-الإفراط فى التغذية : كاشباع بديل فى المواقف الحياتية الصعبة.

-الإفراط فى التغذية : كعرض لمرض إنفعالى حاد خصوصا الإكتئاب.

-الإفراط فى التغذية : كعرض لإدمان الطعام (أحمد العليمى،29:1994).

فاللعوامل النفسية دور مهم فى إتجاه الفرد نحو الطعام سواء بكثرة الأكل أو الامتناع عنه حيث يتأثر الفرد -خاصة المرأة- بالحالة الانفعالية والتى بالتالى تؤثر بدورها على كمية ما يتناوله من طعام فإما يقبل على أكل كميات كبيرة من الطعام وخاصة الأطعمة الدسمة والحلويات أو يرفض تناول الطعام،فقد يؤدى شعور بعض الأشخاص بالضيق أو القلق أو الغضب كمشاعر سلبية تدفعهم إلى سلوك سلبى "تناول الطعام" (Liebel,1995:131).

ويشير أحمد عكاشة (649-648:1998) إلى أنه إذا استبعدنا العوامل الغذائية ،نجد أن معظم أسباب العوامل السمنة تتلخص فى أسباب نفسية واجتماعية وتبدأ بتعويض الأبوين عن فشلهما وخيبة أملهما بالالتصاق والحماية الزائدة لأطفالهما عادة ما تكون هى الشخصية السائدة التى تحمى أولادها بطريقة قهرية قلقلة مع تطلعات وآمال عريضة لكى يحقق طفلهما ما فشل الآبوين فى تحقيقه مما يعرفة النزعة الاستقلالية والنضوج الذاتى فى الطفل ،وقد يبدو الفرد البدين للرائى وكأنه وديع خاضع سلبى، ويختلف ذلك عن الحقيقة فعندما يتعرض لأى إحباط إجتماعى مع إثارة دوافعه العدائية فسيجد إشباعه ورضاءه فى الانغماس فى أكل المزيد من الطعام

وهو بذلك يعبر عن عدوانه بطريقة رمزية كأنما يعبر له الأكل عن أنه المحبوب الأوحد، وتلاحظ البدانة فى المسجونين أو المعتقلين لمدة طويلة، المحرومين من الحب والسعادة وإثبات الذات، وهنا يصبح الإفراط فى الطعام إشباعا وحماية ووقاية لاحتمال حدوث أو إثارة ذهان كامن، وعندما يحاول الفرد تخفيض وزنه يحتمل إصابته بالذهان، لذا وجب علينا قبل النصيحة بخفض الوزن، وأن ندرس العوامل النفسية والاجتماعية فى الشخص البدين، والتى تختلف من حاله لآخرى والتعمق فى معرفة المعنى الشخصي للسمنة ،حتى يتسنى أن نكشف له عن الدوافع الحقيقة، ومن ثم لا يتعرض لأى تفسخ فى ذاته.

فتشير نادية نور وآخرون(1999) إلى أنه قد ثبت إن السمنة ترجع إلى أسباب سيكولو جية والتى غالبا ما تحدث استجابة للإضطرابات النفسية ،كالاكتئاب ،والوحدة وقلة بذل الجهد مما يساعد على ترسيب الدهون فى الجسم باستمرار ،وظهور السمنة نتيجة لكثرة تناول الطعام.

وتذكر (زينب شقير،2002)أن القلق النفسى والتوتر والحرمان العاطفى والضغط والكآبة من أهم العوامل النفسية المؤدية لحدوث السمنة فعندما يتعرض الفرد لحالات إحباط أو فشل أو شعور بالوحدة يلجأ إلى تناول كميات كبيرة من الطعام حيث يعزو البعض أن الاضطرابات النفسية تكون مصحوبة ببعض التغيرات الكيميائية،وإفراز بعض المواد مثل (السيرتونين)هذه التغيرات تؤثر على مراكز الأكل والشبع بالمخ فتؤثرعلى الشهية (زينب شقير ،92:2002).

ويعزو مرضى السمنة أنفسهم بزيادة وزنهم إلى رؤيتهم للطعام كمصدر للراحة فى أوقات التوتر، والغضب، والاكتئاب، والشعور بالوحدة(Fabricatore.et al.,2003:241) .

فتؤثر الحالة الإنفعالية للإنسان على السمنة؛ حيث يلجـأ البعـض فى كـثير من حـالات الإحـباط أو الفشـل أو الشعور بالوحدة إلى تناول كـميات كـبيرة من الطـعام ،حـيث تزداد قابليتهم للطعام فى حالات الإحساس بالسعادة ،والنجاح ،وعموما فإن الحالة النفسية لها دورها المهم فى تحديد حجم الطعام الذى يتناوله الشخص ،وتأثير ذلك على مكونات الجسم خاصة السمنة المفرطة على وجه التجديد (صلاح قادوس،2005(ب):42).

9-الإصابة بالأمراض وخلل نشاط الغدد:-

ترجع السمنة فى بعض الأحيان إلى ظروف مرضية بالغدد الصماء نتيجة وجود خلل فى وظائف الغدد و بالتالى حدوث إضطراب فى التمثيل الغذائى فتحدث السمنة نتيجة ترسيب الدهون بالجسم (صلاح قادوس،2005(أ):22).

وزيادة نشاط الغدة الكظرية يسبب مرض يجعل الدهون تتراكم فى منطقة الوجه والرقبة والجذع وكذلك إصابة غدة (الهيبوثلامس)المؤثرة على مراكز الجوع والشبع. (حسن منصور،18:2000)

كما أن الأمراض التى تصيب غدة تحت المهاد على هيئة التهابات مخية وأورام سحائية تؤثر على الأكل ،كذلك الأمراض التى تصيب الغدد الصماء نتيجة وجود خلل فى وظائف هذه الغدد؛وبالتالى حدوث اضطراب فى التمثيل الغذائى وإنتاج الطاقة،الأمر الذى يؤدى إلى ترسيب كمية كبيرة من الدهون بالجسم فتحدث السمنة (فوزية العوض،421:2001).

ويمكن أن تحدث السمنة نتيجةللإصابة بمرض "كوشنج" وهو عبارة عن اضطراب يؤدى إلى زيادة هرمون "الكورتيسولCortisol"الذى يساهم فى حدوث السمنة. (Sibbald,2002:642)

10:إضطراب إفراز الهرمونات:-

تؤدى الاضطرابات لدى النساء أثناء الدورة الشهرية أوعند اقتراب سن اليأس إلى كثرة تناول الطعام كما أنها تقلل من سرعة إحتراق السعرات الحرارية؛ حيث يصل إفرازهذه الهرمونات إلى ذروتها لدى المرأة قبيل الدورة الشهرية فيزيد الوزن قليلا فى تلك الفترة ثم يعود لطبيعته مرة آخرى بعد إنتهائها (Allison.et al.,1998:215).

وتشير بعض الدراسات إلى أن نسبة (2:1٪)من الإصابة بالسمنة المفرطة ترجع إلى إضطراب فى إفراز الهرمونات مثل هرمون (الثيروكسين)الذى يقوم بعملية التنظيم الغذائى مما يؤدى إلى حدوث السمنة (عائد ملجم،191:2006).

كما أن زيادة إفراز هرمون الأنسولين الناتج عن أورام البنكرياس التى تجعل المريض يعانى من حدوث متكرر لمرض السكربالدم وما يصاحبه من توتر وزيادة حدوث العرق،مما يشعره بالجوع فى فترات متقاربة وبالتالى تحدث السمنة بمرور الوقت.

(أيمن الحسينى ،22:2009)

11- تناول بعض الأدوية والعقاقير:-

قد يسبب إستخدام بعض الأدوية كعلاج لأحد الأمراض فى حدوث الإصابة بالسمنة كاستخدام بعض الأدوية فى علاج الأمراض النفسية مثل (الفينوتيازين، التريتازول، الكالميبام) وغيرها من المهدئات لفترات طويلة؛وذلك لأنها تنبه مراكز الأكل فى المخ وتفتح الشهية،والبعض يقلل من إستهلاك الطاقة وتكسير الدهون؛ لما به من خمول وكسل وقلة الحركة، كما أن استخدام هرمون "الأنسولين"المستخدم فى علاج مرض السكر يعمل على تخزين "الجلوكوز"بالكبد فى صورة نشا ودهون فى الخلايا الدهنية؛ لذا نجد بعد فترة من استخدام هذه الأدوية يزيد وزن مريض السكر مما يجعل الأطباء يستخدمون حقن "الأنسولين"أحيانا فى علاج النحافة. (حسن منصور،2000:17-18)

أضف لما سبق العقاقير الفاتحة للشهية (فوزية العوض،422:2001).

كما أن تناول بعض الأدوية مثل حبوب منع الحمل، أدوية مضادات الهستامين والحساسية، ومضادات الاكتئاب وبعض أدوية الصرع وعقارات الكورتيزون، وهرمون الأنسولين تؤدى للإصابة بالسمنة (زينب شقير،92:2002).

12-المعتقدات و الأفكار الخاصة بالتحكم فى الوزن:-

تشير دراسة (Dejong.et al.,1986) إلى أن الأشخاص ذوى الوزن الزائد يتحاملون على المجموعة التى ينتمون إليها ويشعرون بالكراهية تجاه الأشخاص ذوى السمنة؛ مثلهم فى ذلك مثل الأشخاص ذوى الوزن العادى.فقد تبين أن الأشخاص ذوى الوزن الزائد الذين أقروا بأن لديهم معتقدات قوية مناهضه للسمنة قد سجلوا إنخفاض فى تقدير الذات أكثر من غيرهم ممن لديهم معتقدات مناهضه للسمنة بصورة أقل وتنتشر هذه المعتقدات السلبية بصورة كبيرة فى الثقافة الحالية ولهذا فإن معظم الأشخاص الذين يتعرضون للتمييز نتيجة للسمنة قبلوا أيضا هذه المعتقدات واقتنعوا به (Crandall,1990:227).

ويعتبر الناس أن القدرة على خفض الوزن دليل على قوة الإرادة وأن الأشخاص الذين يعانون من السمنة لديهم إرادة قوية، ومما أكد وجهة النظر هذه تلك الإشاعات التى تروجها بعض كتب الرجيم حول سهولة نقص الوزن، ويبدو أن كثير من الأشخاص الذين يعانون من السمنة قد قبلوا هذه الفكرة على أنفسهم (Stunkard,1996:230) .

حيث تلعب المعتقدات والأفكار الخاصة بالتحكم فى الوزن لدى مرضى السمنة دور هام فمن الشائع الإعتقاد بأن الفرد يمكن أن يتحكم بشكل شخصي فى وزنه بالنظام وقوة الإرادة. (Sorbara.et al.,2002:416)

وتوضح دراسة (Wamsteker.et al.,2005) دورالمعتقدات المتعلقة بأسباب السمنة وإمكانية التحكم فى الوزن بعد ثمانية أسابيع من إتباع نظام غذائى منخفض السعرات الحرارية وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى الإعتقاد بأن السمنة ترجع إلى أسباب خارجة عن سيطرة الفرد وتتعلق بطبيعة الجسم و ليس للفرد دور فى حدوثها وبالتالى لا يمكن خفضها عن طريق التحكم السلوكى،وأن الإنخفاض البسيط بنقص الوزن يرتبط بإنخفاض الكفاءة الذاتية فعلى هذا الأساس يرى الباحثون أن تعديل مثل هذه المتعتقدات الخاطئة قد يؤدى إلى تحسن كبير فى نقص الوزن.

وفى ذات السياق تقول "ليزا نيكولس":لنقل أن لديك شخصين مصابين بشئ ما،فإن أحدهما يختار أن يركز على البهجة، ويختار أن يعيش بالتفاؤل والأمل، والتركيز على جميع الأسباب التى تجعله مبتهجا ومتفائلا،ومن ثم لديك الشخص الثانى، بنفس تشخيص مرض الشخص الأول، ولكنه يختار أن يركز على المرض، والألم، والإشفاق على نفسه.

وتؤكد ذلك مقولة"برينتس مالفورد" دعونا نتذكر دائما قدر ما نستطيع أن كل فكرة سيئة هى فى الواقع شئ سيئ يتم وضعه فعليا فى الجسد (روندا بايرن،132:2008-133).

سابعا: الأضـرار الناتجة عن السـمنة:-

يعتبر البعض أن السمنة أم الأمراض والبعض الآخر يطلق عليها "القنبلة الموقوتة" والحق أن كلاهما صدق فى قوله؛إذ أنها مرض مزمن يرتبط به سلسلة طويلة من الأضرار الخطيرة على الصحة العامة للفرد والتى تؤثرعلى كل جوانب حياته وعلاقاته ونظرته لذاته ولمستقبله ولعالمه الذى يعيش فيه وعلى الرغم من كل الأبحاث التى أجريت فى هذا المجال إلا أن مريض السمنة لازال لا يملك الوعى الكافى بهذه الأضرار مما يزيد الأمر سوءا ويضاعف من إحتمالية إصابته بأضرارها فى حين أنه يجهل ذلك.

وتتمثل هذه الأضرار على سبيل المثال لا الحصر فيما يلى:-

أ- الأضرار الصحية:-

إن السمنة تسبب العديد من المخاطر الصحية التى يتعرض لها الفرد حيث تصيبه بالأمراض مثل (أمراض القلب و الشرايين- أمراض الكلى - السكر- السرطان- أمراض المفاصل- أمراض الرئة- أمراض جلدية -أمراض الغدد الصماء -........) .

وهناك عدة أمراض ثابتة لدى النساء خاصة كنتيجة للسمنة منها:-

- اضطراب الدورة الشهرية والنزيف المتكرر.

- تأخر الحمل عند بعض السيدات.

- ظهور الشعر فى الوجه والأطراف نتيجة لزيادة هرمون الذكورة عند معدلها الطبيعى لدى المرأة (Chambliss.et al.,2004:269).

-أمراض القلب:

يشيرمايكل آرجايل (225:1993) إلى أن أمراض الشريان التاجى أكبر فارق صحى بين الجنسين، والسبب الأكثر شيوعا لحدوث الوفاة، وأسبابها معروفة : التدخين- ارتفاع نسبة الكولسترول - ارتفاع ضغط الدم،وهى أعراض يعود بعضها إلى المشقة، وإلى سوء النظام الغذائى،وإلى عدم ممارسة التدريبات البدنية.

وقد أعادت منظمة القلب الأمريكية (American Heart Association) تصنيف السمنة كعامل أساسى من عوامل الخطر المهيئة للإصابة بأمراض القلب (Eckel.et al.،1998:99).

كما تشير نتائج العديد من الدراسات إلى أن السمنة ترتبط بزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب كدراسة (إلهام شلبى،2008-صلاح قادوس،2005-فوزية العوض،2001)

(Williams.et al.,1995Ellis.s,et al.,1996;quesenberg,1998;Chambliss.et al.,2004;Flegal.et al.,2005;Benjamin.,2009)

2-أمراض الكلى:

تشير نتائج العديد من الدراسات إلى إصابة مرض السمنة بأمراض الكلى والبروستاتا كدراسة

(صلاح قادوس،2005(أ)؛ إبراهيم فريد،2007؛ فوزية العوض،2001؛ Calle.et al.,1999;Dietzm1997;Williams.et al.,1995)

3- الإصابة بالسرطان:

تكثر إحتمالية الإصابة بالسرطان كنتيجة للسمنة ويؤكد ذلك نتائج دراسات

(Williams.,2010؛صلاح قادوس،2005 (أ،ب)؛إبراهيم الدر،2007 Chambliss.et al.,2004;Dietz,1997;)

4- أمراض الجهاز التنفسى:

حيث يعانى مريض السمنة من مجموعة من الأمراض الجسمية مثل أمراض القلب والجهاز التنفسى وأمراض الرئة (إلهام شلبى،2008:77).

5- الإصابة بأمراض آخرى مباشرة ناتجة عن السمنة:-

- تصلب الشرايين وأمراض الشرايين التاجية.

- إضطراب نسبة الدهون فى الجسم.

- إرتفاع ضغط الدم مرتين أكثر من الأشخاص ذوى الوزن العادى.

- أمراض الكبد/مثل إنزيمات الكبد والإلتهاب الكبدى ، وسرطان الكبد،وتحوصل المبايض، وأمراض العظام وإلتهاب المفاصل.

- مضاعفات فى التجبير وعلاج الكسور،توقف التنفس، الربو، زيادة نسبة الكوليسترول،النقرس،السكر،إعاقة الحجاب الحاجز وعضلات البطن، إكزيما الجلد خاصة فى مناطق الثديين والفخذين وإزدياد نسبة الإلتهابات، دوالى الساقين، سرطان القولون،سرطان الثدى،سرطان الرحم،السكتة الدماغية،السكتة القلبية،تفلطح القدم(فوزية العوض،2001؛زينب شقير،2002؛صلاح قادوس،2005).

6- قصـر العــمر والمــوت المــفاجـئ:

يتعرض مرضى السمنة إلى الموت المفاجئ بسبب زيادة الوزن وارتفاع نسبة الكوليسترول بالدم والتى تسبب السكتة الدماغية وجلطات القلب لذا بدأت شركات التأمــين العالمية تدعـو لضــرورة تخفيف وزن الفرد ؛ لأن الســمنة تؤدى إلى زيادة التوتر والقلق مما يجعل الفرد غير متكيف فى المجتمع وغير منتج فيه (عبد الرحمن العيسوى،67:2002).

حيث تشكل السمنة المفرطة السبب الرئيسى للوفاة عند بعض الأشخاص لأنها تسبب كثير من الأمراض كسرطان الثدى، والقولون، والبروستاتا، وتسبب الأمراض النفسية كالكبت، والقلق (إبراهيم الدر،2007-116).

فلقد وجــدت شــركات التأمــين على الحــياة من الاحصــاءات الخاصة بها أن عــمر الإنسان الإفتراضى يقل بمعدل (1٪) لكل كجم زيادة على الوزن المثالى (إلهام شلبى،77:2008).

يشير(Williams.et al.,2010:326) إلى أن السمنة تقصر العمر إلى نحو4سنوات....حيث تشير التقارير الصادرة من معهد الصحة الأمريكى أن الإصابة بالسمنة يترتب عليها مشاكل صحية عديدة وتسبب وفاة (15-20٪) سنويا من السكان، وتسبب أمراض القلب، والشرايين، الكليتين، الكبد ، وأمراض المفاصل، وسرطان القولون والأمراض النفسية ، والاجتماعية .

ب- الأضـــرار الإقتصـــادية:-

تبلغ تكاليف الإنفاق على السمنة فى الولايات المتحدة الأمريكية حوالى (100بليون) دولاراً سنوياً فتصل تكلفة العلاج المباشر للمشكلات الصحية الناتجة عن السمنة أكثر من (50 بليون) دولارا سنويا بالإضافة إلى إنفاق (30 بليون) دولاراً سنوياً فى محاولات خفض الوزن .

(Troiano.et al.,1995:1085;Arterburn.et al.,2001:512)

وقد بلغت تكلفة علاج السمنة وأخطارها عام (1995) 140مليون دولار على الأدوية الخافضة للوزن، وذلك توصف الولايات المتحدة بالوزن المسرف (إبراهيم الدر،13:2007).

حيث يوجد 341مليون نسبة تقريبا من البالغين بأمريكا يعانون من السمنة و إزدياد الوزن،وهذا المرض يكلف الولايات المتحدة بالفترة الآخيرة ما يعادل(50) مـليار دولار سـنويا لتكـلفة للعـلاج الطبى للسمنة و الأمراض المتعلقة بها بما يعادل(6.8٪)من النفقات الصحية للولايات المتحدة الأمريكية (Block.et al.,2010:138).

وعلى الصعــيد الآخــرفى الوطن العـربى نجد أن(31٪) من طالبات الجامعات بالإمـارات العربية المتحدة يعانون من السمنة مما يكلف دولة الإمارات مليارين من الدراهم لعلاج السمنة المفرطة (Musaiger.et al.,2010:115).

جـ- الأضرار الاجتماعية:-

يتعرض مرضى السمنة إلى التمييز،والتفرقة من جانب أفراد الأسرة، وزملاء العمل، والعاملين، ووصفهم بالغباء، والحقارة، والكسل، وعدم الأمانة (Rothblum.et al.,1990:3).

وتوضح العديد من الدراسات التأثيرالسلبى للسمنة على المكانة الاجتماعية حيث يتعرض مرضى السمنة إلى التمييز والتفرقة فعـند التقـدم للوظـائف لا يفضـل صاحب العـمل أن يختار موظـفيه من الأشـخاص ذوى السـمنة، ويرجع ذلك إلى اعتقاد الناس فى أن الشخص البدين شخص كسول وبطئ و نكدى، وتحـرص كل الشركات على أن تظهر أمام العامة بمظهر جيد (Gortmakerr.et al.,1993:1008).

فالأذى الذى يتعرض له مرضى السـمنة يعـتبر آخر أشـكال الإضـطـهاد التى يقبلها المـجتمع حـيث تنظر المجتمعات إلى مرضى السمنة بإزدراء وإحـتقار (Stunkard,1996:230).

الشخصية السمينة (Fat Personality):

هل هؤلاء الأشخاص يتسمون بشخصية ضعيفة تجعل منهم عبيدا للطعام؟ لا..حيث أن شخصية البدين وشخصية غير البدين متشابهتان (Nelson.et al.1998;Poston.et al.,1999) .

فالرئيس الأمريكى "William Haward Tafet"الذى تولى الرئاسة فى الفترة من (1913:1909) كان بدينا إلى حد كبير يزيد وزنه عن 300رطل، فلقد زاد وزنه للدرجة التى جعلته غير قادر على الخروج من البانيو بالبيت الأبيض؛ ولذلك تم تركيب بانيو جديد يكفى لأربعة أشخاص متوسطى الوزن، ورغم ذلك فإن حجمه الضخم لم يمنعه من إنجاز مسئولياته على أكمل وجه (Kosslyn,2004:420).

وتعانى النساء بصفة خاصة من هذه التفرقة الإجتماعية العنصرية، والمعاملة غير العادية فى كل نواحى حياتهن خاصة فى مراحل العمل و التى تشمل اختيار مكان العمل، الأجر، الترقيات، التدريب، فيتعرض لهذا التمييز بأسلوب ساخروللنقد، والسخرية، والكراهية من جانب المجتمع، ويعتبر هذا التمييز- الناتج عن السمنة -من أكثر أنواع التمييز الذى يسبب الأذى و الشعور بالضعف.

Striegel.et al.,1995;Hebal.et al., 2006;Pingitor.et al.,2008;Juonala.et al.,2009;Wardly.et al.,2009;Suloik.,2009(

ولقد ثبت أن السمنة سواء مرضية أم غير مرضية ترتبط بحدوث عدة أمراض مما يجعلها تمثل عبئا كبيرا على المجتمع (زينب شقير،81:2002).

فيوضح (Holme.et al.,2001:266) أن التفرقة الاجتماعية ضد مرضى السمنة تؤدى إلى الاكتئاب و انخفاض تقدير الذات ؛ حيث يشعرمعظمهم من الجنسين بالإحباط مما يؤدى إلى وجود مشكلات تعوق إقامة صداقات حميمة وتؤدى لعدم الانسجام مع البيئة وبالتالى فقدان الوظيفة.

د- الأضرار النفسية الناتجة عن السمنة:-

ثبت أن حوالى (20٪:70٪) من مرضى السمنة يعانون من الإضطربات النفسية حيث يصاحب السمنة بعض الإضطرابات النفسية مثل إضطراب المزاج والقلق و الفوبيا الإجتماعي. (Retenly,2005:26

فلا يمكن إنكار ما للسمنة من تأثيرات نفسية مدمرة، فغالبا ما يتعرض مرضى السمنة إلى السخرية من جانب الزملاء وينظر إليهم البعض على أنهم أشخاص غير مرغوب فيهم ويبتعد عنهم الزملاء ولا يحاولون إقامة صداقات معهم وهذا يؤدى بهم إلى الشعور بالنبذ ولهذا يميلون إلى الانزواء والعزلة ويتعرضون للتفرقة الإجتماعية والتعليقات اللاذعة والساخرة،

وكل هذا يؤدى بهم إلى الشعور بعدم الكفاية وانخفاض الذات،ومن المواقف المحرجة التى يتعرضون لها ويكون الأثر الأكبر على مستوى تقدير الذات لديهم عندما يضطرون إلى إرتداء الملابس الخفيفة التى تكشف أجسامهم فى مراكز الرجيم وحمامات السباحة، وبعض مرضى السمنة يشعرون بالإزلال حينما يقررون الانضمام إلى أحد الألعاب الرياضية التنافسية حيث يكونوا هم آخر الأفراد الذين يتم إختيارهم فى الفرق (Cooper.et al. ,2003:48).

كما يمكن أن تسبب السمنة فى المراهقة العديد من المشكلات النفسية مثل: إنخفاض تقدير الذات، والمستوى العالى من الاكتئاب وصعوبات فى العلاقات البين شخصية.

(Strauss,2000;Kim&kim,2001;Grilo.etal.,2005;Tiggenenn,2005 ;Latha.et al.,2006;Hwang.et al.,2007)

وكذلك عدم الرضا عن شكل الجسم ووزنه ،والذى يرتبط بالإضطرابات النفسية كالاكتئاب ،واضطرابات الطعام لدى الإناث.

(Pesa.et al.,2000;Sanson.et al., 2001;Albertson,2003; Latha. et al.,2006;Hwang.et al.,2007; Santos.et al.,2007;Yamamoto.et al.,2007)

وتشيرنتائج دراسة (Krothg.et al.,2008) إلى وجود ارتباط إيجابى بين محتوى الحلم وتكرار الكوابيس الليلية بنسبة83٪ لدى الإناث ذوات السمنة مقارنة بالعاديات ذوات الوزن العادى. ويعانى مرضى السمنة من سوء الحالة النفسية بسبب زيادة الوزن ،وتشير نتائج العديد من الدراسات إلى معاناة مرضى السمنة من الشعور بالألم النفسى ،والأكتئاب والقلق،وإضطراب صورة الجسم ،وإنخفاض تقدير الذات ،والإنطواء،والعزلة،وإنخفاض التفاعل الاجتماعى ،وتجنب المجتمع ،والشعور بالنقص،والضيق،والتوترالانفعالى،و الرفض الذاتى ،والكبت،والعدوانية،وضعف الثقة بالنفس،والشعور بالحزن والتعاسة،وإضطراب حفلات العام

وبالتالى سوء التوافق النفسى ويؤكد ذلك دراسات كل من

(Carpenter.2000;Kreck . et al 2001 ;Sanson.et al.,2001;Holm.et al., 2001;Wadden 2002 زينب شقير2002، Cooper.et al.,2003;Fabricator.et

إيمان السطيحة،2008 ,al.,2003; Thompsom.et al.,2007;Kroth.et al.,2008;2008،

Marchesine.et al 2008 ;Viner.et al.,2008;Berg.et al.,2009;Bacchini.et al.,2009;Buddeber.et al.,2009;Zeller.et al.,2009)

وتوضح دراسة (Hill،et al.,2010) والتى هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين السمنة والصحة النفسية ومدى تأثير السمنة على الصحة النفسية وقد كانت عينة الدراسة من النساء البدينات،وتوصلت نتائجها إلى أن ذوات السمنة تعانين من عدم الرضا عن صورة الجسم و انخفاض تقدير الذات، ويتميزن بسوء العلاقات مع الأقران، والمجتمع، وسوء التوافق النفسى، والتكيف مع المجتمع.

ثامــنا:الإنتكــاسة فـى الــوزن:-

يخوض مرضى السمنة معـركة ضــارية مســتمرة فــى سبيل الوصول إلى الوزن الطبيعى حيث يستعيد معظم مرضى السمنة الوزن الذى فقدوه بمجرد توقــفهم عن العلاج، وبعد فترة زمنية من فقد الوزن وعودته مرة آخرى فتظهر العديد من المشكلات الخطيرة.

1- تعــريف الإنتكــاسة :- (Relapse)

هى عبارة اتباع بعض السلوكيات الخاطئة فى الغذاء

يعرفها مرجع (Chabner,1996) :بأنها عودة أعراض المرض "Return of Symptoms of disease " .

2- أســــباب الإنتكـــــــاســة:-

يرجع السبب فى حدوث الإنتكاسة لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة رغم المحاولات المختلفة التى يقومون بها فى سبيل نقص الوزن إلى عوامل مختلفة تتضافر هذه العوامل،وتنجح فى إحداث الإنتكاسة مما يصيب مريض السمنة بالعديد من المشكلات التى تضيف عبئا جديدا إلى المشكلات المرتبطة بالسمنة ونذكر من هذه العوامل على سبيل المثال لا الحصر:-

1- سوء إختيار الوقت المناسب لإنقاص الوزن:-

إن نقص الوزن يتطلب تركيز،ومجهود من جانب المريض ،ولكن ضغوط الحياة مثل التغيير الوظيفى ،أو المشكلات المادية أو حدوث مرض لأى فرد من أفراد الأسرة من الممكن أن تأثر على التركيز،والمجهود المطلوبين للحصول على نقص الوزن فعلى المعالج أن يحدد الوقت المناسب الذى يكون فيه المريض مستعداً لنقص الوزن (Wadden.et al.,1992:13).

2- إهمال الإستعداد الشخصى لإنقاص الوزن:-

فعلى أى فرد أن يتخذ قرارا، واعيا بمدى إستعداده للمشاركة فى برنامج لإنقاص الوزن قبل أن يقرر كيف سينقص وزنه نظرا لطبيعة مرضى السمنة المعقدة، والتى تحتاج إلى علاج لفترة طويلة (كيلى وباتريك،2002،852).

فإن شعر المريض بأنه لن يكون قادرا على الإلتزام بالعلاج فيجب أن ينتظر حتى تتحسن ظروفه، وفى حالة أن يتركز الهدف على الوقاية من حدوث زيادة أكثر فى الوزن بدلا من الحث على خفض الوزن؛ لأن إنضمام مريض السمنة إلى برنامج العلاج وهو غير مستعد للتغيير فيؤدى ذلك إلى نتائج سلبية، فلا يصبح برنامج فى هذه الحالة غير مجدى فقط بل، وضار أيضا فالبرنامج غير الناجح يقلل من تقدير المريض لذاته، ومن قدرته على التغيير كما يفسد الجهود المبذولة فى المستقبل لإنقاص الوزن (Barlow.et al.,1998:29).

حيث يعتبر إنقاص الوزن والمحافظة على التغييرات السلوكية الأساسية على المدى الطويل تحديا تحت أى ظرف من الظروف وبالنسبة للشخص الذى ليس له حماسا أو دافعية عالية، أو بالنسبة للشخص الذى يحتمل أن تتدخل ظروف حياته الفعلية، يكون التحدى أكثر تثبيطا،وفى ضوء ذلك طور(Brownell,1999) إختبار للإستعداد النفسى للنظام الغذائى والرجيم، وهو عبارة عن أداة للتقرير الذاتى الذى يتكون من 23بندا لخفض درجة جاهزية،ودافعية الفرد للبدء فى البرنامج ، وينبغى استخدامه كأداة وحيدة فى اتخاذ قرار بدء لبرنامج التخسيس، والكيفية التى يتم بها ذلك، ويمكن أن يكون وسـيلة مناسـبة لتحـديد بعـض العـوامل، التى تمـثل مشكلة، وتحتاج لمزيد من المناقشة (كيلى وباتريك،2002:798 -799).

3-وضع الأهداف غير الواقعية:-

كان يتم التعامل مع السمنة فى الماضى على إعتبار أنها اضطراب حاد ،وكان يعتقد مرضى السمنة أن من الفترة(20:10) أسبوع فترة كافية للشفاء من السمنة أو على الأقل السيطرة عليها لعدة سنوات، وهذه الفكرة روج لها أصحاب أنظمة الرجيم التى تعد الأشخاص الذين يعانون من السمنة بتحقيق نتائج مذهلة مع بذل القليل من الجهد،وإذا تم التعامل مع السمنة على أنها اضطراب حاد فإن السمنة ستعود مرة آخرى(إنتكاسة). (Goodrick.et al.,1991:1243)

فيلجأ مرضى السمنة إلى العلاج، وهدفهم إنقاص الوزن، وفى بعض الأحيان يكون لديهم وزن مستهدف، وهو عبارة عن وزن مثالى مشتق من جداول الطول أو الوزن فيمثل هذا الوزن المستهدف طموحات الأفراد على المدى الطويل، والذى يستغرق شهور أو سنوات للوصول إليه، ويعتبر هذا الهدف بعيد ، مما يشعر المريض بأنه مستحيل أو بعيد المنال على الرغم من حدوث تقدم بنقص الوزن مما يجعل الوزن المستهدف عائقا حقيقيا أكثر من كونه مصدر للدافعية، والتشجيع لأنه قد يؤدى إلى الإحباط، والتوقف عن مواصلة العلاج (Brownell.et al.,1991:2)

فيعتبر فشل مرضى السمنة فى تحقيق الأهداف الخاصة بالوزن أحد العقبات أمام نجاح المرضى فى المحافظة على هذا الوزن الجديد، ويرجع هذا إلى أن المرضى يضعون لأنفسهم أهدافاً غير واقعية من الصعب تحقيقها،وكذلك لأنهم يعتبرون الأهداف الآخرى التمتع بحياة اجتماعية أفضل- نقص مقاس الملابس - إيجاد فرص عمل أفضل- إيجاد شريك مناسب للحياة لا يمكن تحقيقها بدون الوصول إلى حد معين من نقص الوزن.

ونجد أن مفهوم "الوزن المستهدف"ماثلا فى أذهان الأفراد الذين يحــاولون إنقــاص وزنهم فى المقــام الأول ويطمح الأشخاص فى الوزن الذى يتذكرونه عند نقطة بارزة فى حياتهم مثال ذلك (أيام المدرسة الثانوية أو عند التخرج من الجامعة، عند الزواج، أثناء الخدمة العســكرية، الوزن المنخــفض لأحد الراشدين، أوالوزن عقب الإنتهاء من برنامج لإنقاص الوزن)؛ حيث ينطوى مفهوم الوزن المستهدف على مقـولة:أن الفرد يمكن أن يصل إلى هذا الوزن فى حقيقة الأمر ويتجاهل ذلك إحتمال إستحالة الوصول إليه لدى بعـض الأفراد،وقد تفرض العــوامل البيولوجية مثل عدد الخلايا الدهنية،واستهلاك الطاقة الكامنة،أوالعـوامل الآخــرى التى تتأثر بالعوامل الوراثية قــيودا على إنقــاص الوزن،وقد لا يمكن الدفـــاع عن درجة تقييد الطــعام،والنشـــاط البدنى المطلوب لفقد الوزن الزائد، والحــفاظ على الوزن المســتهدف لدى آخــرين، فقـد يقـود الوزن المسـتهدف إلى الإنتكاس (كيلى وباتريك،2002:842-844).

4-التوقعات الخاطئة اللاواقعية عن نقص الوزن:-

يوجد لدى الكثير من مرضى السمنة أفكار غير واقعـــية وغير حقيقية عن معدل النقص فى الوزن الذى يتم تحقيقه خلال برنامج العلاج،وعن الفوائد الناتجة عن نقص الوزن؛ فنقص الوزن الذى يتوقعه المرضى أكبر بكثير من الوزن الذى يمكن تحقيقه، وهذا يؤدى إلى الشعور بالإحباط ، والتوقف عن محاولات إنقاص الوزن (Foster.et al.,1997:79).

حيث يدخل العملاء غالبا إلى العلاج بتوقعات يمكن أن تكون واقعية وبناءة أو غير واقعية ومثيرة للمشاكل، ويعتبر وضع وزن مستهدف على أساس إفتراضات خاطئة نوع من هذه التوقوعات، وقد يتورط البعض توقع مؤداه أن يتم فقد الوزن بمعدل أسرع مما هو متاح، أو أن أسهل عما هو ممكن، أوأن الحياة ستتحسن بطريقة جذرية بمجرد تحقيق تناقص فى الوزن فمعدل تناقض الوزن مسألة شائعة عندما تكون التوقعات أكثر واقعية. (كيلى وباتريك،2002:848)

كما يحتفظ الكثير من العملاء بتوقعات غير واقعية عن النتائج قصيرة المدى للرياضة، وعندما لا تتحقق هذه التوقعات يشعر العميل بالإحباط،واليأس، ويتوقف عن القيام بالرياضة بشكل منتظم (المرجع السابق:813).

5-الخلط بين مفهوم نقص الوزن والمحافظة عليه:-

يؤدى الخلط بين عملية نقص الوزن وعملية المحافظة على الوزن لدى مــرضى الســـمنة إلى فشلهم فى تقدير عملية المحافظة على الوزن كشئ متميز، ومختلف عن عملية نقص الوزن، وهذا بالتالى يؤدى إلى عدم الاهتمام باكتساب مهارات المحافظة على الوزن وممارستها .

(Grave.et al.,2004:71)

ولايجب عزل استراتيجيات المحافظة على الوزن عن إستراتيجيات نقص الوزن لأن ذلك قد يوحى للمريض بأن تنفيذ إستراتيجيات المحافظة على الوزن شئ اختيارى أو قابل للتأجيل.

(Cooper.et al.,2003:93)

6-التقييم السلبى للنجاح"الكل أولا شئ":-

إن السبب الرئيسى للفشل فى الشفاء يرجــع لثنائية "الكـــل أو لا شـــئ" التى يســتخدمها الأفــراد فى تقـــييم نجاحه، وينظر العملاء الذين يتبنون هذا الأســلوب إلى أى شئ أقل من الكمال على أنه فشل تام، وعندما تحدث العوائق الحتمية قد يقوم العميل بتعميمات زائدة، ويعـــتبر أن المــحاولة الكــلية لضــبط الوزن قد حــكم عــليها بالفشل،

وقد يغرى هذا الفشل غالبا إلى عيوب شخصية فيه أكثر منها عوامل موقفية، ويمكن مساعـدة العـلماء الذين يستخدمون هـذا الأسـلوب التقويمى على إكتشاف الإفـتراضات الضـمنية لثنائية"الكـل أولا شـئ" فى إستجابتهم للإنتكاسات أثناء العلاج،وأن يكرروا عبارات ذاتية بديلة تجسد منحى متصلا لقضية درجة قياس النجاح (كيلى وباتريك،825:2002).

7- فقدان أساليب التحكم فى المثير :-

يفتقد مريض السمنة إلى معرفة أساليب التحكم فى المثير (هاديات الأكل) والتى تلعب دورا محوريا هاما فى تكرار الإنتكاسه، ومن ثم ما يترتب على ذلك من نتائج خـطيرة، والتحكم فى المثير جزء من أسـاليب تعديل أشكال السلوك النهائية للأكل، وتحديد الهاديات المرتبطة بالأكـل ؛ حـيث أن الهـدف الرئيسى فى عديد من التغييرات فى سلوك الأكل هو إبطاء معدل إستهلاك الطعام، والسبب الرئيسى بهذا الاعتقاد أن هاديات الشبع المتنوعة تأخذ (15-20) دقيقة لتظهر، ويمكن تشجيع العملاء على إبطاء معدلات أكلهم بعدة وسائل منها المراقبة الذاتية للفترة الزمنية للوجبة ،ترك الشوكة بين اللقمة و الآخرى، يجاد وقفات إثناء الواجبات، وتعتبر هذه الوسائل مهمة-بوجه خاص- للعملاء الذين تكشف سجلاتهم عن أنماط من الأكل السريع، وينبغى أن ينتبه العملاء إلى هذا النوع من التغييرات لا يولد مشاعر الحرمان بل ربما يقلل من هذه المشاعر ،وتفيد أساليب التحكم فى المثيرفى تحديد تعرض العميل لهاديات الأكل حيث يمكن استخدامها فى مساعدته على مواجهة بعض الأوقات الخطيرة، والتعايش معها فالعميل الذى لديه عادة ثابتة تتمثل فى الأكل أثناء العودة من العمل إلى المنزل تساعدة إذا أجبرناه لدخول المنزل من باب آخر، كما أن إعلان القيود على الكل أثناء قيادة السيارة يمكن أن يقلل من الرغبة فى الأكل أثناء الذهاب إلى العمل أو العودة منه (المرجع السابق ،2002:823-824).

8-السياق الثقافى:-

إن القول بأن اللوم على زيادة الوزن يقع على عاتق الفرد ما هى إلا إفتراضات ثقافية مفهومة حول الوزن والشكل ،والأشخاص الذين يشعرون بذلك يلومون أنفسهم ويشعرون أنه باستطاعتهم الحصول على جسم ممشوق لو أنهم حاولوا بجدية كافية ويمكن أن يؤدى ذلك إلى أهداف غير واقعية و إلى استجابات هازمة للذات وإلى نكسة البرنامج العلاجى ، وبناء على ذلك فعلى الاخصائى أن يكون حساسا للسياق الثقافي (الحضارى) الذى يحدث فيه زيادة فى الوزن (المرجع السابق ،758:2002).

9-قصر الفترة الزمنية للعلاج وضعف فعاليته:-

يعتبر زيادة الوزن ، وحدوث الإنتكاسة أمراً شائعاً بين مرضى السمنة الذين خضعوا لبرامج علاجية قصيرة المدى بالرغم من محـاولاتهم المسـتمرة للمحـافظة على الوزن، وقد بينت العديد من الدراسات التى تمت على مرضى السمنة تكرار حدوث الانتكـاسـة فى البرامج التى تعـتمد على قصـــر مــدة العــلاج فتشــير دراسة (Goodrick.etal.,1991) إلى أن كثير من مرضى السمنة يعتقدون أن الفترة (20:10) أسبوع من العلاج فترة كافية للشفاء من السـمنة أو على الأقل السيطرة عليها لعدة سنوات،وهذه الفكرة كان يروج لها أصحاب أنظمة الرجيم التى تعد هؤلاء المرضى بتحقيق نتائج مذهلة مع بذل قليل من الجهد .

(Goodrick.et al.,1991:1243)

حيث إن وسائل العلاج التى تؤدى لنقص الوزن فى فترة قصيرة ينتج عنها سرعة استعادته مرة آخرى كما تزيد من إحتمالات الإصابة بمشكلات صحية خطيرة،وبهذا تكون اكثر خطورة من المحاولات التى تساعد على نقص الوزن بشكل تدريجى أو عدم نقص الوزن على الإطلاق

(Benjilian.et al.,2001:717)

فمن الضرورى التعامل مع السمنة على أساس أنها اضطراب مرضى مزمن قد يستمر طول العمر لدى معظم المرضى،وفى حالات نخرى تكون هناك محاولات لنقص الوزن تستمر لفترات قصيرة تم تتبعها حدوث الإنتكاسة، ويزداد الوزن مرة ثانية.

(Orzano.et al.,2004:20)

وبالنسبة لفاعلية العلاج قصيرة المدى فقد أوضحت العديد من الدراسات التى تناولت طرق العلاج المختلفة للسمنة كالنظام الغذائى،الرياضة،العلاج الدوائى، العلاج الجراحى،العلاج السلوكى،وغيرها ويتبين من نتائج هذه الدراسات أن بعض العلاجات تقتصر فاعليتها على المدى القصير فقط؛ حيث تؤدى إلى نقص الوزن لفترة محدودة ثم يزيد الوزن مرة آخرى بعد توقف العلاج كنتائج دراسات كلاً من

(Andrson.et al.،Fredrik؛1999،Phelan.et al.؛2003،Borg.et al.؛2003،2004).

واستخدام النظام الغذائى فى علاج السمنة يؤدى إلى نقص بالوزن ، ولكن لا يستمر إلا لفترة محدودة ثم يستعيد المرضى وزنهم حيث يعود الوزن فى الزيادة مرة آخرى بعد التوقف عن النظام الغذائى، وأشارت نتائج دراسات كلا من(Fogelholme.et al.،Borg.et al.؛2000،2002) أن استخدام العلاج الرياضى بمفرده غير كاف لتحقيق النقص المطلوب فى الوزن والحفاظ على هذا الوزن على المدى الطويل، بينما تشير نتائج الدراسات التى استخدمت العقاقير الدوائية كعلاج للسمنة إلى أن استخدام هذه العقاقير يصاحبه بعض الآثار الجانبية الضارة بالصحة، ولايمكن استخدامها لفترات طويلة تزيد عن الحد الأقصى المسموح به لإستخدامها وهو ثلاث سنوات مما يؤدى لإستعادة الوزن السابق((Padwal.etal.,2003;Vanmil,2007

وقد تبين من مراجعة بعض الدراسات التى تناولت استخدام الجراحة فى علاج السمنة أن استخدام الجراحة يترتب عليه العديد من الأضرار السلبية، ومن أخطر هذه الأضرار تعرض مريض السمنة للتخدير فى أثناء إجراء العمليات الجراحية الخاصة بالمعدة، واستعادة الوزن السابق فى معظم الحالات، وفى بعض الأحيان تكون الوفاة من ضمن نتائج هذه العمليات الجراحية(Sugerman.et al.,2003;Mason.et al.,2007).

أما بالنسبة للدراسات التى تناولت العلاج السلوكى فتشير دراسة (Holden.et al.,1992) الى أنه قد تم استعادة (60.9٪) من الوزن الذى انخفض خلال فترة العلاج فوجد أن (75٪) من أفراد العينة قد استعادوا (5. 37٪) من الوزن ،وهذا يؤكد عدم فعالية العلاج السلوكى فى نقص الوزن على المدى الطويل؛ حيث يستعيد معظم الأفراد جزءاً كبيراً من الوزن السابق،ويتفق مع ذلك دراسات كلا من (Lantze.et al.m2003;Kaukaua.etal.m2003).

10- الفشل فى الإلتزام بالسلوكيات الخاصة بالمحافظة على الوزن:-

يرجع السبب فى إستعادة الوزن إلى الفشل فى الإلتزام بالسلوكيات الخاصة بالمحافظة على الوزن،وهذا بدورة إلى عمليتين متداخلتين هما:

العملية الأولى:وتتمثل فى الانخفاض المتوالى فى اعتقاد المرضى بقدرتهم على التحكم فى أوزانهم إلى درجة جيدة،وهذا يحدث نتيجة التالى:

أ- الانخفاض فى معدل نقص الوزن الذى يحدث لدى معظم المرضى بعد مرور(4-6أشهر) فى محاولة لنقص الوزن.

ب- الإحساس المتزايد بعدم القدرة على تحقيق الأهداف الخاصة الوزن، ولا على الأهداف الآخرى التى يأملوا فى تحقيقها نتيجة لنقص الوزن هذه الأهداف الآخـرى بصـفة عامة يطـلق عليها (الأهداف الأولية)، وتشـمل الرغـبة فـى تحـسين المظهر، وزيادة الثقـة فى الذات، وزيادة تقـدير الذات،والرغـبة فى تحـسين الحـالة الصـحية؛ حـيث يؤدى إدراك مرضـى السـمنة لعـدم قدرتهم على تحقيق الوزن المرغوب أو تحقيق الفوائد الآخرى الناتجة عن نقص الوزن إلى الاعتقاد بأن محاولات التحكم فى الوزن لا تستحق هذا الجهد، ولهـــذا تتوقف محاولات إنقاص الوزن (Wamsteker،2005:443).

العملية الثانية : التى تأتى نتيجة لهذه الظروف السابقة حيث التخلى عن التحكم فى الوزن بالإضافة إلى العودة إلى العادات السابقة فى الأكل ، ويعتبر رد الفعل هذا متناقض لأنه من الأكثر عقلانية أن يحاول المرضى الحفاظ على أية فوائد ناتجة عن العلاج حتى ولو كانت أقل من الفوائد التى تمنوا تحقيقها، ويرجع ذلك إلى المعتقدات الخاطئة لدى مرضى السمنة فى تقديرهم لمقدار نقص الوزن الذى تحقق على أنه شئ تافه، وبسيط جدا،ولا يستحق التقدير، كما أنهم يقللون من أية مكاسب آخرى ناتجة عن نقص الوزن (Golay.et al.,2004:29).

11-الأفكار الخاطئة عن النظام الغذائى:-

يلجأ البعض من مرضى السمنة إلى اتباع نظـام غـذائى قاسى اعـتقاداً بأنه الحـل الأمـثل لنقص الوزن ممـا يجعله يشعر بالحرمان؛ فالأنظـمة الغـذائية التى تؤدى إلى نقـص سـريع فى الوزن ليسـت آمـنة كما يعـيق الإحـتفاظ بالوزن الجديد بعد التوقـف عن الأنظـمة؛ لأن نقص الوزن بمقـدار 4 كجم فى الأسـبوع أو أكـثر يرجع إلى فقد جزء كبير من الماء الموجـود فى الجسـم أكـثر من فقـد الدهـون،ومن أهـم مخـاطـــر هـذه الأنظـمة زيادة نسـبة الإصـابة بأمـراض القلب، والكبد، وزيادة نسبة الكوليسترول، والدهون الآخـرى فى الدم، زيادة فرص الإصابة بأمراض الكلى (Smith.et al.,2002:142)

كــما أن كــل شــخص مــتمرس على ممــارسة النظـــام الغـــذائى لديه تاريخ بقائمة من الأطـعمة المحـظورة أو الممنوعة، وتؤدى إلى قيود لا يمكن إتباعها إلا لفترة قصيرة من الزمن، وهويعرض هذه المرحلة لأنواع من الخلل يثير المزيد من التدهور الغذائى، وينبغى عن أن ينصح العملاء باســـتمرار لتجــــنب الفـــكرة القــائلة بأن الأطعمة إما جيدة أو سيئة والأفضل هو وصف الأطعمة فى ضوء معدل تكـــرار استهلاكها (إحتراقها)، وهـذا يمكن أن يقلل من الثنائية المعرفية"الكل أولاشئ"، والتى تحكم على محاولات إنقاص الوزن بالفشل غالبا (كيلي وباتريك،813:2002).

ويجب أن يغير مريض السمنة فكرته عن النظام الغذائى،و ألا ينظر إلى النظام الغذائى على أنه حرمان من الأكل أو على أنه ذنب (Harris,2006:2).

12-إهمال الجوانب النفسية أثناء العلاج:-

أن معــظم أنواع العــلاج التى تناولت مــرض الســمنة لم تعـــط الجــانب النفســى الاهتمام الكافي، فلقد أهملته فى حين أنه مؤشر مهم،وعامل محـــورى فى مرض الســـمنة،ومن ثم يؤثر على طــــريقة العلاج، ومدى نجاحه؛حيث يقوم المعالج القــائم على عــلاج مريض السمنة بالتركيز على أهمية التزام المريض بتعليماته التى يمليها عليه وضرورة الالتزام بالنظام الغذائى بدقة حتى ميعاد المتابعة، وفى حالة ما إذا لم يصل المريض للوزن المفروض الوصول إليه طبقا لمعيار نقص الوزن الناتج عن اســتخدام هذا النظام الغذائى فإن المعالج لا يهتم إلا بجانب واحد فقط فيسأل المريض عن مدى التزامه، ودقته فى تنفــيذ ما طــلب منه بالنظـــام الغذائى، مهملا بذلك للجانب النفسى وما إن كان المريض يعانى من مشكلات نفسية أم لا ولكن هذه هى حقيقة الأمر، وبطبيعة الحال يهمل المعالج ظروف الحياة، وما لها من آثار ترتبط بالحالة النفسية، ومن ثم الإقبال على تناول الطعام، وزيادة الوزن مما يجعـل تناول الطعام رمز للحالة النفسية، ولقد أشارت العديد من الدراسات إلى معاناة مرضى السمنة من الألم النفسى بسبب زيادة الوزن وقد أشار(Wadden,2002) إلى أن الألم النفسى يزيد بزيادة درجة السمنة لدى الفرد.

إلا أن هذا الألم النفسى يتم تجاهله من قبل المعالجين القائمين على العلاج فالتوتر من هذه الجوانب النفسية الذى يعتبر من العوامل المؤدية إلى الإنتكاسة، وزيادة الأكل، ولذلك فمن المهم تعليم مرضى السمنة، وسائل متنوعة لخفض التوتر (Wing,1998:855).

فتشير دراسة (Istvan.et al.,1992) إلى أن درجة الاكتئاب تزيد بزيادة معامل كتلة الجسم خاصة لدى النساء. ففى المجتمعات المعاصرة يحتل الإهتمام بالمظهر أولية كبيرة خاصة بين النساء. (Rodin.et al.,1984:268)

فيرى بعض الناس أن زيادة الوزن غير جـذاب، ونتيجـة لذلك يكـــره الأفـــراد الذين يعـانون من زيادة الوزن مظـــهـــرهـم، وعادة يكون هـــذا هـــو الســـبب الذى يدفعـــهم إلى البحث عن طريقة لنقص الوزن فهم يعتقدون أن الوزن يحسن مظهرهم، ويزيد من جاذبيتهم (Cooper.et al.,2003:155).

وقد بين (Fitzgibonne.et al.,1993:344) أن مرضى السمنة الذين يبحثون عن علاج لخفض أوزانهم يعانون من الألم النفسى أكثر من غيرهم ممن لا يبحثون عن علاج، ويتضح من ذلك أن البحث عن علاج عامل مهم فى تحديد العلاقة بين السمنة،وعلم النفس المرضى (Fitzgibonne.et al.,1993:344).

ويشير(Davison,2001:46) إلى أن السمنة لها آثار محبطة، وغير مرضية على النفس الإنسانية ويؤدى الألم النفسى الذى يشعر به مرضى السمنة إلى إنخفاض فى تقدير الذات.

فتفجر السمنة الشعور بإنخفاض تقدير الذات،والعكس صحيح لأن الشعور بإنخفاض تقدير الذات من الممكن أن يؤدى إلى زيادة الأكل الذى يؤدى بدوره إلى السمنة،وإذا وقع شخص فى هذه الدائرة فمن الممكن أن تدمر صحته وعلاقاته، وحياته (Arizza,2006:3) .

ويرجع الفشل بكثير من طرق علاج السمنة المختلفة إلى أنها لا تضع فى الاعتبار الارتباط بين السمنة و إنخفاض تقدير الذات،ولهذا فمن الضروري كسر الحلقة المفرغة بين السمنة وإنخفاض تقدير الذات بعلاجه (Wisotsky.et al.,2003:37).

وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسات كلاً من

(Pierce.et al.,1999;Strouss,2000;Brich,2001;Hesketh.et al.,2004; Fabrsdesoz.et al.,2005;Franklin.et al.,2006;Huston,2006;King.et al.,2007;Zeller,et al.,2009).

ويمكن زيادة مستوى الشعور بالذاتية عن طريق تعلم كيفية تطوير الإحساس بالكفاءة الذاتية وكيفية استخدام هذا الفهم لوضع أهداف يمكن تحقيقها وتكوين علاقات إيجابية وإتخاذ القرار وكيفية التعامل مع التغييروذلك بالتدريب على المهارات اللازمة من أجل الوصول إلى الكفاءة الذاتية وتحقيق الاستقرار الانفعالى وذلك كالتالى:

1- تزويد مرضى السمنة بمعلومات عن مبادئ تقدير الذات.

2- التدريب على المهارات اللازمة.

3- مساعدتهم على كيفية اتخاذ القرار(Holm.et al,2001:267).

وأشارت نتائج العـديد من الدراسـات إلى معـاناة مرضـى السـمنة من القـلق والاكـتئاب فتشـير دراسـة (Van Hot,2004) والتى هدفت إلى إعطاء صورة مفصلة عن الحالة النفسية لدى مرضى السمنة وتوصلت نتائجها لوجود ارتباط دال إيجـابيا بين السمنة والاكـتئاب وأن الاكـتئاب يزيد بزيادة درجة السمنة كما يعانى مرضى السمنة من القلق وانخـفاض تقدير الذات بدرجة كبيرة ، وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسات كلا من

(Ziwaan.et al.,2001;Goodman.et al,2002;Onyike.et al.,2003; Hasler.et al.,2004; VanHot,2004; Greenberg.et al,2005; Herva,2006;Slubik,2009)

ويعانى مرضى السمنة من سوء التوافق النفسى حيث تشير نتائج دراسة (Duvigneaud.et al.،2009) إلى سوء التوافق النفسى لدى مرضى السمنة، ويتفق مع هذه الدراسة نتائج دراسات كل من

(Viner، al.et ،Kroth.etal،2008;Slupil،2008;Juonala.et al.،2009;Zeller.et 2009;Hill.et al.،al.،2009،2010)

وطــبقا لما كشـــفته نتائج هذه الدراســات تبدو الحاجة ماسة إلى ضرورة تضمين العلاج النفسى وجعله محور أساسى ضمن علاج السمنة، ولقد أشارت نتائج دراسة (Phelan.et al.,2003) لوجود إرتباط دال إيجابيا بين وجود أعراض اكتئابية وحدوث الإنتكاسة باســتعادة الوزن مرة آخرى وأكـــدت نتائج هـــذه الدراســة عــلى ضرورة أن يشتمل علاج السمنة على علاج نفسى مما يقلل من فرص حدوث الإنتكاسة فالنظام الغذائى وحده غير كافى لخفض الوزن وعلاج الإضطرابات النفسية المصاحبة له.

13- اتجاهات القائمين على علاج مرضى السمنة:-

لقد ثبت أن المعالجين أيضا لديهــم أفكــار ومعــتقدات خاصـة بالتحــكم فى الوزن لدى مرضى الســمنة ففى دراسة"Madox,1967"وصف الأطباء مرضاهم ذوى السمنة بصفات سلبية مثل ضعف الإرادة والقبح.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة"Vener.et al,1982"والتى كشفت عن رآى الطلبة فى مرضى السمنة وتبين أنهم يعـتبرون ذوى الســمنة أقــل من غيرهم من المختلسين، ومدمنى المخـدرات،والسارقين فى فرص وجود شريك الحياة،وأن أخصائيين العنايةالصحية أيضا لديهم أفكار سلبية تجاه مرضى السمنة.

كما وجد"Rand.et al,1990"أن معظـم أمراض السمنة المرشحــين لإجراء جراحـة بالمعدة، قد ذكــروا أن الفريق الطبى كان يعاملهم بقليل من الاحترام بسبب بدانتهم؛ ولذلك تجنبت السيدات البدينات الرعاية الصحية بسبب هذه النظرة السلبية.

ويؤكد " ديل كارنيجى" أن الناس ومنهم أنا،هم عاطفة أولآ، ثم أصحاب منطق، وعقول فى الدرجة الثانية، أن لنا نفوسا ذات مشاعر، وأهواء، وملأى بالغرور، والكبرياء، وهى تريد من الآخرين أن يحترمـوها كما هى ، فلمـاذا نحاول مناقضة نفوس الآخرين؟بينما نعرف أن نفوسـنا نحن من نفس الطينة ، وأن النقد مر المذاق، ثقيل على النفس البشرية، تتهرب منه ما استطـاعت أليس هو الذى أدى بالروائى الإنجليزى توماس هاردى الذى أغـنى الأدب الإنجليزى برواياته الرائعة إلى الإنسحاب من ميدان الأدب والكـف عن الكـــتابة إلى الأبد، أوليس هو الذى دفع الشاعر الإنجليزى المرهف الحس إلى الانتحار (ديل كارنيجى،13:1991).

وبالتالى فإن على المعالجين الذين لايملكون الوقت الكافى، واللازم لعلاج مرضى السمنة،أو المعالجين الذين يشعرون بالضيق أو الاحباط من مرضى السمنة أن يوجههوا هــــؤلاء المرضى إلى أماكن آخرى للعلاج لأن الإحساس الداخلى للمعالج يكون له أثر كبير على المريض، وعلى نجاح العلاج (Troiano.et .al.,1995:85)

ويواجــه مرضـــى الســمنة رسـائل سـلبية من المعـالجين للســمنة المشـتغلين بمهــنة الطــب ؛ حــيث يصــفون ذوى السمنة المفرطة بضعف الإرادة، والقبح، ولا يلاحظون مدى خطــورة هذا الوصــف كــما يوجــهون نقدا لاذعا سيئا إذا لم يحـقـقوا الوزن المفترض الوصول إليه كنتيجة اتباعهم لتعـليمات المعالج، مما يجــعل مريض السمنة يبتعد عن الطبيب المعالج وهذا غير المتوقع من العــلاقة بين المريض، والمــعالج فعندما يلجأ المريض إلى المعـالج فإنه يبحث عمن يوجهه، ويرشــده للطــريق الصحيح ؛ مما يجــعل من المعالج مصدراً قوياً للدعم بالنسبة للمريض إلا أنه يأتى على عكس المتوقع، وبالتالى تؤثر السمنة على نوع الحــياة، وأنماطــها، فكــثير من مرضى السمنة يعيشون أنماط حياة مختلة، ومضطربة.

فالله سبحانه وتعالى لايحاسب العصاة من عبادة فى التو، واللحظة، بل يؤجل ذلك أجلا طويلاً.....فلماذا تأخذنا الحمية، والطيش فنصرعلى لوم الآخرين، وانتقادهم دون روية، ولا تبصر!إن على وعليك ألا نعجل بمحاسبة الناس (ديل كارنيجى،13:1991).

تاسعا:اتجــاهات وثقـافة المجــتمع الســائدة تجــاه الســمنة:

إن النظرة السلبية تجاه مرضى السمنة تشعرهم بالرفض الذاتى، ويؤدى بهـم إلى الاكـتئاب، ويلاحــظ أن النساء البدينات بوجه خاص أكثرعرضة للاكتئاب عن الرجال؛ حيث تعانى درجات متابينة من الحزن،والآسى، والألم النفسى هذه الدرجات تتراوح ما بين الشعور بعدم الجاذبية أوالرفض (Hallstron.et al.,1981:80).

وبرغم انتشار السـمنة فى جــميع دول العالم، والاعــتراف بمساهــمة العــوامل الوراثية فى وجــودها إلا أن المواقف، والسلوكيات السلبية تجاه مرضى السمنة تزيد وتتفاقم كنتيجة لتمجيد الثقافة الحالية للنحافة، والرشاقة (Sobal.et al.,1989:205).

حيث تسهم الثقافة فما يكونه الفرد من تطورات حول جسمه، وكلما كانت صورة الفرد عن جسمه متطابقة مع المعايير التى تحددها الثقــافة حــول الجـاذبية الجسمية يشعر الفرد بالرضا عن ذاته الجسمية؛ فهـــناك بعــض الثقافات تشيد بطول القامة،وكبر حجــم أجــزاء من الجــسم لدى الرجــال، والإناث، إلا أنها علامة من علامات القوة، والهيبة. فى حين تعتبرها ثقافات آخرى دالة على مظاهر لا يشجعها المجتمع أو لا يحترمها، بينما تشير فى ثقافة ثالثة إلى الصحة الجسمية (علاء كفافى ومايسة النيال:25،1995).

وتؤثرنظرة الآخرين للفرد وانطباعاتهم عنه عليه؛ حيث تشير أحد النظريات التى تناولت الذات أنها تتكون من ثلاث منظورات:

المنظور الأول:هو تخيلنا عن كيفية ظهورنا للآخرين.

المنظور الثانى:هو تخيلنا عن حكمهم على مظهرنا.

المنظور الثالث:هو أننا نطور إحساسنا بذاتنا عن طريق الكرامة،والمراعاة كنتيجة لتطورنا عن حكم الناس علينا (Ritzer,1996:352).

وبذلك نجــد أن مرضى الســمنة يواجــهون رسائل سلبية من المجتمع؛ حيث يشعرون بعدم الترحيب من قـبل العامة، وأنهم ليس لهم مكان بهذا العالم فعند ذهابهم لأحد الأماكن يجــدون صعوبة فى الجلوس فمثلا الكـراسى فى الطائرات، والمسارح، والسينمات، وغيرها ضيقة لا تتناسـب مع أحـجامهم مما يشعرهم بالوحدة، ويدفعهم للعزلة، والبعد عن الاندماج فى المجتمع مما يؤثر على تقـدير ذواتهم لذا يجــدون المـتعة فى إجراء محـادثات عبر شبكة الإنترنت؛ لأنه يحميهم من الحكم على مظهـرهم من قبل الآخرين، ويعــطـيهم فرصة فى التعبير عن لأنفسهم بحرية بصرف النظر عن المظهر أو الشكـل الجسدى إلا أن هذا الوقـت الذى يقضونه مرضى السمنة خلال شبكة الإنترنت ليمنعهم، ويبعدهم عن إقامة علاقات اجتماعية حقيقية مما يؤثرعلى حياتهم. وتبين نتائج دراسـة"Myers.et al.,1999" التى هــدفت إلى تحـديد أهم المواقـف التى يتعرض لهـا مـرضى السمنة بسبب مظهرهم وشكل أجسامـهم، وكيفية التعــامل مـع تلك المــواقف ومــدى تأثير ذلك على الصــحة النفسية، وصورة الجسم، وتقدير الذات، وقد توصلت الدراسة إلى تحديد (50)موقف، (99) رد فعل كما بينت نتائج الدراسة أن التعرض لهذه المواقف كثيرا ما يحدث، وهو شائع، وأن الأشخاص المصابون بالسمنة يعانون بشدة من مواجهة هذه المواقف والتعامل معـها.كــما أوضحت نتائج الدراسة أن كثرة التعــرض لتلك المواقف يؤدى إلى زيادة القلق النفسى، وزيادة درجة السمنة، وزيادة إنخفاض تقديرالذات.

فلو أن الثقافة تنظر إلى الاختلافات فى وزن الجسم باعتبارها تباينا بيولوجيا طبيعيا كـما هوالحـــال فى لـــون الشعر، والطول لما كانت التباينات بين المثالى، والواقعى أساس هـــذا الكرب هذه ليست هى الحالة فيما يخص وزن الجسم فالتبيانات يمكن أن تكـــون مزعـــجة فـــعلا،والســـبب هو أن المجتمع يضـــفى معـــنى إضافيا عـــلى وزن، وشكل الجسم (كيلى وباتريك، 2002: 755).

وتؤكد نتائج"Matz.et al.,2002" التى تمت على عينة من (79) امرأة بدينة يبحثن عن إنقاص وزنهـن، أن المعايير الثقافية، والاجتماعية المستدخلة يساعدان على التنبؤ بالاســتياء، وعـــدم الرضا عن صورة الجسم. وقد أوضحت العديد من الدراسات التحيز، والأفكـــار النمطية حول الأشخاص المصابين بالسمنة، فالأفراد الذين قاموا بتقدير الصور أوالأوصاف للمصابين بالسمنة، وذى البينية الهزيلة، ألصقوا خصـائص سـلبية بالأشـــخاص المصابين بالسمنة مستخدمين صفات من قبيل :كسول، قذر(مهمل) ويفقد القدرة على التحـكم، وكان ذلك صـادقا حـــتى عندما قـــام بعملية التقدير أطفال صغار، وقـد قـرر هـــؤلاء الأطـــفال أن الأشخـــاص ذوى الإعـــاقـــات الجـــسدية، والمشوهين بإعتبارهم محبوبين أكثر من الأطـفال المصابين بالسمنة، وبرغم نقص التوثيق يبدو أن تلك الاتجاهات السلبية تلعب دورا فى حدوث التحيز، والذى يمكن أن يؤثر بدوره فى العوامل الخاصة لقرارات التوظيف، فصاحب العمل- على سبيل المثال- الذى يعتبر المظهر أمراً مهماً قد يرفض (متقدما) لوظـيفة لإصـابته بالسمنة رغم مؤهلاته، وقد رفض المراهـقون المشـــاركة فى فـريق المـــشى أو جـــماعات التشـــجيع (الهـتاف) بسبب معايير الوزن، وقد امتلأت المحاكم بالعديد من الأشـخاص المصـابين بالســمنة الذين يدعـــون أنهـــم لم يحصـــلوا على وظيفة، أو أجبروا على ترك العـمل ،

أو رفضوا الاشتراك فى نشاط ما بسبب أو زنهم، وبعـــض هـــــذه الحالات أنهكتها هذه الشكاوى، فاتجاهات المجتمع تجاه السمنة إنعـكـست فى اتجـاهات الأشـخاص ذوى الوزن الزائد نفسهم،وفى المواقف الأكلنيكية نسمع عبارات باخسة للذات (تحقير الذات) من الأشــخاص الذين يعانون من كرب شديد ولديهم مفهوم مشوه عن الذات والذين يشعرون باليأس الذى لا يستطعيون الفرار منه لمدة يوم أو حتى لساعات قليلة (كيلى وباتريك،2002:757-756).

وتأتى النتيجـــة الطـبيعـــية لهـذه المـواقـف السـلبية ، والكـــراهـــية تجـاه مـرضى الســـمنة (التفـــرقـــة الاجـتماعية)؛ حـــيث يتعرضون للمعاملة غير العادلة فى أماكن العمل .(Hebal&Mannix,2003:34)

ففى معظم الثقافات نجد أهمية كبيرة للهيئة الخارجية لجسم المرأة؛حيث يستند تقدير الذات على صورة الجسم لديها؛ وبالتالى فعندما تعانى من تغيرات جسمية أو تشوهات نتيجة المرض فإنه يحدث تأثيراً سلبياً على الاتجاه الإنفعالى،ونوعية الحياة لديها أيضا (Mans.et al.,2005:104)

ويشـير "Iqbal,et al.,2006" إلى وجود علاقة سالبة بين صـورة الجســم، والاكـتئاب لـدى الجـنسين لكـــن الارتباط الســالب أكـــثر لدى الإناث عن الذكـــور، وهـــذا يرجـــع للمعـــايير الثقـــافية، والتوقــعات التى تشــجع البنات، والنساء على أن ينتبهن للهيئة الجسمية،وهذا يمكن أن يضعف إحساسهن بالسعادة،ويسهم فى عدم تنظيم الطعام، ويؤدى إلى الاكتئاب، والمشكلات النفسية (Iqbal.et al.,2006:269). وكـان البعــض ينظــر للســـمنة على أنهـــا مسـألة شـــره، أو رغـــبة فى الطـــعام، وكـانت المـرأة البدينة هـى النموذج المفضـل؛ حيث ارتبطـت البدانة فى الأذهان بالأمومة، ولكن هذه النظرة قد تغيرت فى العصر الحالى فقد أصبح الأشخاص ذوى السمنة مرفوضين من قبل المجتمع؛ حيث صارت السمنة تعبر عن عدم القدرة على التحكم فى الأكل (Griffith,2006:2).

و أن السمنة مـرض يحتاج إلى علاج وله مخـاطـر صحية،وأن مريض السـمنة لديه مشكـلة ويمكـن مساعدته من خـلال نصحـه بالتوجـه للعلاج وأن له حـق طـبيعى فى الارتباط وعدم رفض الزواج من هـذا الشخص مثله مثل الشخص صاحـب الوزن العادى مما يكـشف عن تمتعهم بمستوى جيد من الوعى بخطورة هذه الظاهرة ونظرتهم الإيجابية نحـو مريض السمنة؛ بينما وجـدت أن (4,59٪) من المشاركين لديهم نسـبة ضئيلة من الوعى بهذه المشكلة؛ حيث جاءت وجهة نظرهم على النحـو التالـى: أن السـمنة ليسـت مـرض به خطورة، وأن الشخـص البدين لديه شكل غير جذاب ومحب للأكل، ويمكن مساعدته عن طـريق أن يطـلب منه التوقـف عن الأكـل، وفى حـالة تقـدمه للارتباط فهـوغيرمـقبول لسوء مـظهـره، مـما يكـشف عن انخـفاض مستوى الوعـى بمـدى خطـورة هـذه الظـاهرة، وأن لديهـم وجـهة نظـرسـلبية تجاه مرضى السـمنة، فى حين كشـفت وجهـة نظـرباقـى المشـاركين عن عـدم وعيهم بهذه المشكـلة وترددهم مـا بين القـبول أو الرفـض مما يكشـف عن غـياب الوعـى لدى المجتمع بخطورة هذه الظاهرة وما ينتج عنه من النظرة السلبية تجاه مرضى السمنة .

عــــاشـــــــرا:عـــــلاج الســـــمـــنة:-

تعتبرالسمنة إضطراب غير متجانس وبالتالى فمن المحتمل أن تكون العلاجات المتعددة فعالة للأفراد المختلفين فلقد حان الوقت للتخلى عن التفكير بأن منحى واحد يمكن أن يستخدم مع كل الأفراد، وأن برنامجا واحدا يعـلو فوق البرامج الآخرى، وبعد استبعاد المناحى الخطيرة أو التى تنطوى على الاختيار لكن ستبقى عـــدة برامـج هى الأصلح لعلاج السمنة، وسيكون كل واحد منها مناسبا لبعض الأفراد، وسيكون التحدى ليس فقط فى تنفـيذ دراسات بارامترية لتحديد إذا كان هناك منحى ما هو الأفضل من الآخر، ولكن لتطوير محكات معـينة بالتقــابل مع حاجات الأفراد (Brownell&Wadden,1992: 510).

وتشير زينب شقير (93:2005) إلى عدد من الركـائز الأسـاسية فى عـلاج الســمنة، والتى يجــب وضـعها فى الاعتبار:

1- قوة الإرادة: باعتبار أن السـمنة مشـكلة يحتاج علاجها عادة لفترة طويلة من الوقت؛ ولذلك ينبغى وجود إرادة قوية، والتى تعتبر أول خطوات العلاج، وأن تستمر إرادة المريض قوية حتى بعد العلاج لمداومته فى المحافظة على عدم الرجوع للسمنة مرة آخرى ، وأن تكون إرادته قوية فى كبح شهواته، وخفض رغبته فى الأكل.

2- وجود دافع: أن يكون لدى المريض رغبة قوية فى التغيير، تدفعــه للبحث عن طرق العلاج الملائمة له.

3-الهدف من العلاج: لابد أن يكون الهدف من العلاج هو التعايش، والسيطرة على السمنة أكثر من الشفاء ، ويتطلب هذا الهدف تدخلا طويل المدى، ويتطلب التدخل تحديد العلاج بما ينطبق على خصائص وظروف الحالة.

التطور الحقيقى للسمنة:على الرغم من أن السمنة لا تمثل سلوكا فى حد ذاته؛ إلا أن تغييرالسلوك ضرورة قصوى إذا كان لابدمن التعامل مع حالة السمنة، وعليه فعلى الشخص البدين الذى يحاول إنقاص وزنه أن يصرعلى مواصلة التغييرات فى سلوكياته التى لها تأثيرعلى إختزان الغذاء، واستهلاك السعرات الحرارية.

وعى الفرد بحالته السمنة: أن تكون صورته عن جسمه واضحه تماما فى ذهنه، وأن يدرك من داخله أنه مختلف عن الآخرين سواء فى الشكل أو المظهر أو فى فى قدرته على الحركة والنشاط كما يكون واعى تماما بمراقبة حالة جسمه ووزنه يوميا أمام المرآة، ويلاحظ التحسن التدريجى الذى يطرأ عليه، ويدفعه إلى المثابرة والصبر حتى يتم التحسن التام، وينخفض الوزن ليصل لمعدله الطبيعى، ولا يصل لحالة الملل والضيق إذا إستغرق العلاج منه وقتا طويلا، وأن يدرك تماما أن العلاج يسير تدريجيا وليس فجائيا أو عفويا.

المناخ العائلى الملائم:- بأن يتواجد المريض فى جو عائلى يساعده ويشجعه على الاستمرار فى إنقاص وزنه ؛ وذلك عن طريق تقليل كميات الطعام، وتقليل أنواعه أو البعد عن المشهيات التى تشجعه على الأكل المستمر، وتقليل المناسبات والعزائم أثناء فترة العلاج.

ضرورة الحصول على بيانات عن الحالة:- خاصة ما يتعلق بتاريخ الوزن، وتذكر محاولات التخسيس فى مرات سابقة، وتحديد بداية المشكلات المرتبطة بزيادة الوزن، والعوامل المسببة للإنتكاس، وخبرات المحافظة على الوزن.

يضيف كيلي وباتريك (767:2002) التركيز على تغيير أسلوب الحياة والعادات السلوكية الخاطئة:- وهذا يتطلب تطوير أنماط روتينية طويلة المدى من السلوك،التى تدعـم إنقاص الوزن، والمحافظة عليه فى مواجهة التأثيرات الجينية والشخصية والبيئية إلى العكس، والذى يمثل نوعا ما من التوفيق السـلوكى، ويتمـيز هذا الأسلوب بدعوته لضرورة التغيير طويل المدى، وينقل التأكيدمن إنقاص الوزن إلى إستمرار الحفاظ على الوزن، ويغير انتباه العميل من عدم القابلية للتنبؤ بتغيرالوزن إلى هدف أكثر قابلية التحكم وهو التغيير السلوكى، ويتم عادة على المدى الطويل الاستخدام الذكى لزمن الجلسة العلاجية لشرح هذا المفهوم للعميل بكل الطرق الممكنة؛ للتغلب على الرسائل المتناقضة الناجمة عن الإعلانات الخاصة بإنقاص الوزن، ومحاولات العميل الخاصة والسريعة لخفـض الوزن، ويمكن أن يساعدهذا المنحنى أيضا على تخفيف شعورالعميل غيرالضرورى بالذنب، وإنخفاض تقديرالذات نتيجة مرات الفشل السابقة فى ضبط الوزن.

ومن الأشياء الأساسية فى أى برنامج التغيير فى أنماط اسـتهلاك الطعام، والنشاط البدنى وينبغى تمييز ذلك عن الوسائل التى يتم إخـتيارها لكى تصـبح هذه التغـييرات، وبناء عـلى ذلك يوجـد عـدد من التصورية المهمة، أولها : فلسـفة تغيير أسـلوب الحـياة ؛ حيث يتم تشجيع التغـيير إلى أنمـاط الحياة اليومية ، ويشمل الثانى: وضع أهـداف معـقولة، والإتجـاه نحـو التغـييرات الكبرى بعـمل تغييرات صغـرى متدرجـة، وقـابلة للتحـقيق.أما الثالث : فيعنى التركـيز على المحـافظة على التغـيير السـلوكى، ويعتبر تناقص الوزن ثم زيادته مرة آخرى أمرا شائعا جدا، ولكن هناك أساليب،وبخاصـة المشـتقة من نظريات تغيير السلوك ، يمكن أن تزيد من احتمال نجاح الشخص.

9- عدم ملائمة نوع العلاج للحالة:-

يجـب أن يتلائم نوع العـلاج مع طبيعـة حـالة مـريض السـمنة، فليس هـناك نوعـا محـددا يفـيد لكـل الحالات، وقد وضع(Brownell&Wadden,1992) مخططاً تصورياً لعملية ثلاثية المراحل فى اختيار العلاج للفرد:-

الأول قرار التصنيف: يرتكز على نسبة الزيادة فى الوزن، ويساعد على تضيق مـــدى المناحـــى التى تعـــتبر ملائمة الفرد فالشخص الذى يعانى من زيادة خطيرة بالوزن قد لا يستجيب لبرنامج التوجية الذاتى، وقد يحتاج لشئ أكثر شدة، بينما الشخص الذى يعانى من زيادة متوسطة أو معتدلة فى الوزن قد لا يكـــون من المناســب تعريضه للجراحه.

الثانى:منحى الرعاية أو العناية المتدرجة:- ولذلك بعــد إيجاد عــدد من المناحى من خلال قرار التصنيف، يتم ترتيب البرامج أو المناحى فــى ضوء التكــلفة ، ومــدى التدخـــل، والآثار الجـــانبية (فــى حـــالة العـــلاج الدوائى) والخطورة، وعوامل آخرى تستخدم فى الحكم على التكلفة الفاعلية.

الثالث:قرار المضاهاة أو المواءمة: وهو متركــز على الحــاجــات الشــخــصية للفــرد، وهناك قضايا آخرى فى الاعتبار أيضا تمثل الاستجـــابة المحــتملة للعلاجــات الجــماعية فى مقابل العلاجات الفردية والحاجة إلى تمرينات تخضع للإشراف، ودرجة التنظيم التى يحتاجها إعداد النظام الغذائى (المرجع السابق،852).

لــذا لا يمكـــن تجــاهــل مــدى خطـــورة الســمــنة، ومـــا يترتب عــليهــا مــن آثار صــحية، ونفســية، واجــتماعية، واقتصادية، وغــيرها من الآثار الســلبية، التى تعـــوق الفــرد فــى تكــيفـــه مع نفســه، ومـــع المجتمع وبالتالى تؤثر على جودة حياته؛ إلا أن البعض لا يدرك مدى هذه الخطورة، ومن ضــمن هـؤلاء الذين لايدركون خطورتها مرضى الســمنة، وأسرهم فكـل ما يزعج الناس منها هو حرصهم على المظهر العـام دون الاعتبار لمخاطرها خاصة الصحية لما يرتبط بها من الإصابة بالأمراض التى تؤدى غالبا إلى الوفــاة، وعلى الرغم من أن السمنة فى حد ذاتها إضطراب معقد إلا أنها ينظر لها على إعتبار أنها مرض حــاد يحتاج لفترة علاجية قصيرة فى حـين أنها إضــطراب مزمـن ، ويستلزم علاجــه مــدى طـويلاً حــتى يمكــن تحقيق الشفاء منه، وعلاج السمنة موضوع مثير للجدل فلم يتم التوصل بعد إلى علاج فعال للسمنة، وذلك للأسباب التالية:

أ- أن السمنة تعتبر لقرون مضت مشكلة صحية بسيطة،ولذلك لم نلق الانتباه،والاهتمام الكافى الذى تستحقه.

ب- توافر الأطعمة جاهزة التحضير،والمصفاة حيث يؤدى تناول هذه الأطعمة إلى إعاقة الجهاز الهضمى عن القيام بوظيفته فى التخلص من الدهون الزائدة.

جـ- إنتقال السمنة من الآباء إلى الأبناء بالوراثة (Bellusico,2006:3).

ومن أنواع علاجات السمنة:

[النظام الغذائى

- العلاج الدوائى- العلاج الجراحى- العلاج الرياضى- العلاج النفسى] وتوضيحها فيما يلى :-

1-العلاج الغذائى:-

تتعدد أشـــكال النظـــم الغـــذائية المتبعة لنقص الوزن، وتشمل النظام الغذائى منخفض السعرات ،النظام الغذائى المنخــفض جــدا فى السعرات الحرارية، والنظام الغذائى منخــفض الدهون، والنظام الغـذائى المنخــفض جــدا فى كمية الدهون، والنظام الغذائى المعتمد على تقليل الكربوهيدرات،والنظـام الغذائى المعــتمد على البروتينات إلا أن هذه الأنظمة ليســت آمــنة، وليســت فعالة على المــدى الطــويل حيث تحدث الانتكاسة بعد توقف العلاج القــائم على النظــام الغــذائى، وهــناك عــدة أســباب تجــعل من الأنظــمة الســريعة فــى نقــص الوزن غــير آمنة، وغــير فــعالة فى الإحــتفاظ بالوزن الجـــديد بعــد توقــف النظــام الغــذائى المــتبع مــنها: زيادة نســبة الإصابة بأمــراض القلب والكبد، زيادة مســتوى الكــوليسترول، والدهــون الآخرى فى الدم، وزيادة فــرص الإصابة بأمــراض الكلى (Smith.et al.,2000:142).

لذا ينبغى أن يتحــدد المــدى العــام للسعرات الحرارية فى النظام الغذائى المتبع على أساس تقدير حاجة العميل للطــاقــة، ومــعدل التخــسيس المطــلوب، وقــدرة العـــميل على تحــديد الإستهــلاك دون اللجــوء للإفــراط فــى الأكل، ومــدى توافــر مـــراقبة طبية متزامنة كما ينبغى تقديم النظام الغذائى منخفض السعرات الحرارية للأشـخاص الذين يزيد وزنهم بحوالى30 ٪على ألا يستخدم دون متابعة ومراقبة طبية حريصة،

وينبغى أيضا أن يوضح للعميل أن النظم الغذائية منخفضة السعرات الحرارية التى تعزز الإنقاص السريع للوزن، والتى تكون مصحوبة بتغييرات مرتفعة تحقق ذلك بسبب فقدان الماء وخفض كتلة الجسم كما أن الإلتفات إلى الدهون والسعرات الحرارية قد يؤدى إلى نظام غذائى غير متوازن فى العناصر الغذائية (المواد الكربوهيدراتية- البروتينية- الدهون-الفيتامينات- المعادن الألياف) وينبغى أن تشمل خطة الرجيم السليم أطعمة من كل المجموعات الغذائية من أجل تحقيق التوازن الغذائي (كيلي وباتريك،812:2002).

2-العلاج الدوائي:-

لــقد كان (Weintraub) أول من قام باستخـــدام العقاقير فى علاج السمنة، والذى يرى أن هذه العقاقير ربما تكون مفيدة فى حالات السمنة الخفيفة،والمتوسطة عندما ينحصر معامل كتلة الجسم بين(30-40كجم/م2)ولكن فعالية هذه العقاقير لا تستمر لأكثر من سنتين،كما أن استخدام العقاقير بدون تعديل أسلوب الحياة يقلل من قدرة الفرد على نقص الوزن .

(Weintraub.et al.,1992:615)

وتشيرزينب شقير (2002، 97-98) إلى أن الهدف من استخدام الأدوية الكيميائية فى علاج السمنة هو حرق أو أكسـدة الطاقة الزائدة عن الجـسم لكنها لاتؤدى إلى الشفاء من السمنة؛ حيث أن التوقف عن استخدامها قد يؤدى إلى رجوع السمنة إلا فى الحـالات التى يلتزم فيها الفــرد بإتباع نظــم غذائية مناســبة كما أن بعض الأدوية لها مضــاعفات وآثار جانبية تظــهر على الفـرد وبعضها قد يتعارض مع حالة المريض الصحية، وقد يسبب الإدمان، ومن أهم أنواع هذه الأدواية (أدوية مدرة للبول - كابتات أو خافضات للشهية - أدوية حرق الطاقة واستهلاكها - مذيبات الدهن - أدوية الجهاز الهضمى).

أ- الأدوية كابتة للشهية:

تساعد على خفض كمية الأكل الملتهم لكى لا يشعر المريض بالجوع ويشعر بامتلاء المعدة، فيتجنب الأكل (المرجع السابق،97).

وهى أخطر أنواع العقاقير المستخدمة فى علاج السمنة؛لأنها تعمل فى الجسم من خلال الجهاز العصبى بالمخ حيث تأثر على مراكز الجوع والشبع وينتج عن استخدامها (إرتفاع ضغط الدم - إرتفاع نبضات القلب - سرعة الإنفعالات،الأكتئاب،العصبية- الأرق).

(Wadden,2001:219)

ب- أدوية حرق الطاقة:

حيث أنها تنشط آليات تولد الحرارة وتهدرها من غير القيام بجهد بدنى، أى أنها تساعد على توليد الطاقة الحرارية نتيجة لتنشيط عملية التمثيل الغذائي مما يؤدى إلى نقص الوزن.

جـ- أدوية مانعة للإمتصاص الدهون:

وهى أدوية تؤثر على وظائف الجهاز الهضمى ليقلل من حركة الأمعاء وامتصاص الغذاء ويطلق عليها كابتات إمتصاص الدهون بالأمعاء (زينب شقير،98:2002).

ومنها عقار الأورليستات لمنع إمتصاص الدهون من الأمعاء ومنع تحويلها إلى أحماض أميبية وبالتالى تقل الاستفادة منها حيث يمنع امتصاص حوالى 30٪ من الدهون فى الأمعاء هذه الدهون الممتصة تستخرج فى البراز،

ولكن يصـــاحـــب ذلك بعـــض الأعـــراض الجـــانبية كالأســـهال، وتقـــليل الامتصـــاص لبعـــــض الفيتامينات (أ، د، و، ك) وتلقت منظمة الغذاء، والدواء (Food and Drug Administraion,1998)معلومات تفيد أن استخدام هذا العقار فى خفض الوزن يصاحبه حدوث سرطان الثدى

(Tonstad.et al.,1994:405;Drent.et al.,1995:211;Heach.et al.,2000:270).

د-العلاج الجراحي:

فى بعض الأحيان وعندما يفشل مرضى السمنة فى خفض الوزن بشتى الوسائل العلاجية المختلفة تصبح الجراحة هى الحل الوحيد فيلجأ لها المريض ليحل هذه المشكلة المعقدة وتتعدد أنواع التدخلات الجراحية فى علاج السمنة عن طريق الجراحة إحتياطات معينة ومراقبة دقيقة بالنسبة للتحذير والرعاية الصحية، وحالة القلب، التنفس، وذلك لتقليل خطر المضاعفات الخطيرة أثناء الجراحة، وبعدها(Choban.et al.,1997:594).

وهناك بعض الشروط التى يجب توافرها قبل إجراء الجراحة منها:

1- عدم وجود بعض الأمراض الخطيرة المصاحبة للسمنة مثل أمراض القلب ، والجهاز التنفسى وغيرها.

2- فشل المريض فى نقص الوزن بطرق علاجية آخرى.

3- عجز المريض عن ممارسة حياته الطبيعية نتيجة للسمنة التى ربما تؤدى إلى إعاقة الحركة (Balsiger.et al.،2000:573).

ومن الطرائق الجراحية لعلاج السمنة:- (بالون المعدة - حزام المعدة - تقصير المعدة - تدبيس المعدة رأسيا - تدبيس المعدة أفقيا) إلا أن هذه الطـرائق لها مخاطـرها وعـــيوبها بالإضـافة إلى احتمال زيادة الوزن مرة آخرى، فقـد تؤدى إلي الهـزال والضـعف وإلى الوفـــاة فى بعـض الأحيان فى أثناء إجراء العملية الجـراحيةأو بعدها.

.(Sugerman,2000:595;Choban.et al,1997:594)

هـ- العلاج الرياضى:-

تبين معظم الدراسات الخاصة بالمصاحبات البعيدة المدى للرياضة أن البرنامج المنتظم من رياضة الأيروبكس المعتدلة عامل حاسم فى الحفاظ على الوزن، وأن التوصية بهذه الرياضــة أثناء التخــسيس مستدعاة إلى عـدة أشياء منها:منها الزيادة التراكـمية فى الســعرات المحــترقة، واستعمال الجسم المتزايد للشــحوم المختزنة فـيه أثناء تمرينات الإيروبكس المعــتدلة، والأثار المعروفة عن ملائمـــتها لأوعــية القــلب وشرايينه، والتحــكم فى جلوكوز الدم، وإذابة الكوليسترول، وتشمل رياضة الأيروبكس المشى التنشيطى،مع الجـرى، وركوب الدراجة المتحركة أوالساكنة، والتجديف، والرقص الإيقاعى وتؤكـد نتائج العديد من الدراســات أن الرياضة وحـدها غير كافية فى علاج السمنة خاصة إذا استخدمت كـفترة قصــيرة- لا كأســلوب حياة - حيث تحدث الانتكاسة بمجــرد التوقف عن ممارسة الرياضة بعد إنتهاء فترة العلاج حتى تكــون الرياضة أكثر فعالية يجب أن تستخدم كوسيلة مساعدة بالإضافة للنظام الغذائى كجزء من برنامج متكامل لعلاج السمنة.

(امل الطوخى،1994؛ كوثر ورش، 1994 ؛ Pi-sunyer.et Bray,2001;Wing.et al.,2001; al.,1999؛مايسة شكرى ،2003 ;Breat.et al.,20008 ;

؛Fossati.et al.,2008,2009;Wordly.et al.,2011)

و-العلاج بالميزوثيرابى:-

الميزوثيرابي (Meso therapy)هو تقنية طبية قديمة تم اكتشافها فى عام 1952على يد طبيب فرنسي اسمه "مايكل بستور"، وهي عبارة حقن صغيرة ودقيقة جدا غير مؤلمة إلى حد ما، تعطى تحت سطح الجلد وتحتوى على مواد، وتراكيب مختلفة قد تكون مستخلصات نباتية أو مكملات غذائية أو فيتامينات أو إنزيمات أو احماض أمينية أو مواد مغذية أو مواد معدنية أوأدوية، وتقوم فكرة استخدامها على نظرية أن هذا المزيج من المواد أو الأدوية يؤدى إلى إذابة الشحم المتواجد تحت الجلد، وانكماش الخلايا الدهنية ، وجدير بالذكر أن هذه التقنية واسعة الاستخدام فى أوروبا، وامريكا الجنوبية،ولكنها محدودة الاستخدام فى الولايات المتحدة الامريكية، وذلك نظرا لأن إدارة الغذاء،والدواء(Fda) الأمريكية لم توافق على أى نوع من العقارات والمواد المستخدمة فى الميزوثيرابى، ورغم استخدام الميزوثيرابي لعدة سنوات فى أوروبا فإنه لم يتم حتى الآن تقييمه بطريقة علمية معتمدة ومحايدة، فالدليل العلمي لدعم هذه التقنية يكاد يكون معدوما أو فى أفضل الأحوال ضئيلا جدا،فليس هناك دراسات علمية قصيرة أو بعيدة الأمد على مدى فعاليته والآثار المترتبة عليه، كما يبدو بأنه لا يوجد هناك أى معايير تحدد استخدام مواد الحقن المعينة، وكمياتها، وعدد جلسات الحقن، وفترات تكرارها، كما لا يوجد برتوكول أو برنامج علاجي محدد للاستعمالات المختلفة يسمح بالتنبؤ بنتيجة العلاج ودرجة التحسن المتوقعة وتوقيتها.

ويلقى الميزوثيرابي حاليا رواجا متزايدا فى مختلف أنحاء العالم، وخصوصا فى أوروبا؛ حيث يستخدم فى علاج حالات متنوعة من إصابات الملاعب إلى الألم المزمن ،أما فى الولايات المتحدة الأمريكية، وكندا ورغم تزايد استخدامه مؤخرا فإنه يستعمل بصورة رئيسية لتقليل الدهون فيما يعرف بإسم إذابة الدهون(Lipodissolve)

ويعتقد أن ذلك يتم عن طريق أكسدة الدهون وتسريع عملية الأيض داخل الخلايا لزيادة التفاعلات الكيميائية المصاحبة وصولا إلى التغـيرات الظاهرية المطلوبة فى الجلد، وهنا يجب أن نذكر أن الجمعية الأمريكية للجراحة التجميلية قد أكـدت على أن الميزوثيرابى البديل الآمن للعملية المعروفة بشفط الدهـون (Liposuction) والتى تعتبر الطـريقة الوحـيدة التى أثبتت كـفاءتها للتخـلص من الدهـون.

- مضاعفات ومحاذير المعالجة بالميزوثيرابى:

هناك العـديد من الآثار الجـانبية المصاحبة أو المرتبة على المعالجـة بالميزوثيرابي التى يجب التنويه عـنها والتحذير من احتمال حدوثها:

1- الإحـساس بالألم: وهذا أمر متوقـع تماما بالرغم من استخدام إبر صغيرة ودقيقة مع زيادة سرعة ومـعدل الحقن فى محـاولة لتخفيف هذا الألم ؛ حيث إن عملية الإحساس بالألم عند الأشخاص تعتمد على عـدة عـوامل منها حدود الألم الشخصية ودرجة حساسية المنطقة المعالجة ومواصفات الإبر والمواد المستخدمة.

2- التورم والإنتفـاخ: قد يحـدث هـذا فى مواضـع دخـول الإبرفـى الجـلد ، وحـولها وقد يسـتمر يومـا أو يومين على الأكثر، وقد يكون مصحوبا بحكة خفيفة.

3- الكـدمات: وهـذه عـادة ما تتبع عـملية الحـقن بالإبر نتيجـة جـرح بعـض الأوعـية الدمـوية فـى المنطـقة المـعالجـة، وتظهـر على شـكل احمـرار أو ازرقاق فى الجـلد، وعندما تكون الأوعية المصـابة كبيرة نسبيا قـد يؤدى ذلك إلى تكوين تجمع دموى تحت الجلد.

4- التفاعــلات التحــسسية: وهــذه قد تكون عاجــلة، وفــورية أو تحدث فى مرحــلة متأخــرة ، وعــادة مـــا تنتج كـــرد فعل تحسسي لبعض المواد أوالأدوية المستخدمة فى العلاج وقد تظهــر على شــكل طــفــح جــلدى جـزئى أو عام.

5- العــدوى والإلتهــابات المــيكروبية: وهـذه من أكـثر المضاعفات المترتبة على العلاج، وقــد تعـــزى فى كثير من الأحيان إلى سوء إجراءات التعقيم المتبعة لذا ينصح بالتطهير قبل وبعد الحقن مباشرة.

6- الضـــمور: قد يتبع إلتئام التقرحات الناتجة فى مواضع الحقن.

7- تضـرر الكـــبد: وهذا إحتمال نادر الحدوث إلا فى حالات استثنائية يتم فيها اســتخدام مــواد ضـــارة جدا.

ولا يزال الجـــدل قائما حــول الميزوثيرابى، واســتخدامه ســواء علاجــيا وتجــميليا برغــم الاهــتمام العلمى والأعلامي فى الأوساط الطبية وبين عامة الجمهور، ولاشك أن هناك المزيد من الدراسات والتجارب العلمية المطلوبة لإزالة الغموض الذى يكـتنف جوانب مختلفة للمــيزوثيرابى أهمها إثبات فــعاليته وكــفاءته،وتحــديد احــتمالات ارتباطه بأى مخاطر صحية (عادل عبدالعال،2010:154-160).

هـ - العــــــــــــلاج النفـــــــــــــسي:

تتعــــدد وتتنوع أسـاليب العــلاج النفــسي ما بين العـــلاج بالتحليل النفـــسى، والعلاج العــقلانى الإنفــعالى السلوكى، والعلاج السلوكى ، والعـــلاج المعــرفى الســلوكى، ويهدف العلاج النفسى إلى ما يلى:-

- إزالة العقبات التى تعوق الإفراغ الكافي لحفزات الشخص.

- رفع الروح المعنوية للفرد البدين، مساعدته على تأكيد ذاته.

- التعرف على الدوافع اللاشعورية التى تكمن وراء الأعراض الظاهرة للمرض ومحاولة التخلص منها.

- ممارسة عادات وسلوكيات جديدة لتحل محل العادات السلوكية السابقة لحدوث السمنة والمسببة لها.

- التعرف على بعض الأفكار والمعتقدات السيئة والمشوهة عن صورة الذات وصورة الجسم.

- مساعدته على بناء علاقات بين شخصية وعلاقات اجتماعية جديدة تعيد ثقته بنفسه.

وتتعدد الفنيات المختلفة للعلاج النفسى لحالات السمنة وأهمها:-

- ممارسة تمارين الاسترخاء المنزلية وفى أثناء جلسات العلاج النفسى.

- المراقبة اليومية الذاتية لتناول الطعام.

-استخدام فنية التحكم الذاتى.

- استخدام التدعيم والتعزيز لاستخدام عادات سلوكية جديدة فى الأكل.

- وهناك إتفاق عام أن المنحى السلوكي يكون أكثر فاعلية مقارنة بالعلاج النفسي العام الذي يسجل فائدة قليلة فى علاج السمنة.

- تحسين صورة الجسم لدى الفرد.

- تخفيض المستخدم والمستهلك من الطعام.

- وضع أهداف محددة للعلاج ما بين خفض الوزن،وأهداف إزالة المصاحبات النفسية للسمنة.

- الزيادة فى مستوى النشاط الذى يساهم فى استخدام قدر كبير من الطاقة.

- وقــد أثبتت العـــديد من الدراســـات أن المنحنى الســلوكــى المعــرفى بكـل فنياته أكـثر فـعالية فى عــلاج السمنة، مقارنة بالعـلاج النفسى العـام والذى أفـاد كثيرا فى تعديل الســلوك المرتبط بعادات الأكــل لدى البدناء مثل فنيات الاسترخاء، والواجب المنزلى (زينب شقير،2005:64-65).

إلا أن هناك عدة أسباب تجعل من العلاج السلوكى غير فعال على المدى الطويل فى خفض السمنة منها :

1-إهمال العوامل المعرفية التى تساهم فى استعادة الوزن.

2-الغموض الذى يحيط بأهداف العلاج بمعنى عدم التمييز الواضح بين هدف تحقيق نقص الوزن،وبين هدف المحافظة على هذا النقص (Cooper. et al.,2003,2,:195).

فلقد أشــارت نتائج عــدد من الدراســات إلى كــون العلاج السلوكى غير فعال على المدى الطويل حيث تحدث الانتكاسة ، ويتم استعادة الوزن الذى تم فقــده مرة ثانية بعد إنتهاء البرنامج العلاج (Klein,2001;Foster,2001;Mctigue.et al.,2003).

بينما وجد أن استخدام العلاج المعــرفى السلوكى يســاعد فى منع استعادة الوزن مرة آخــرى ، وذلك من خلال التحليل المعرفى السلوكى للعمليات المسئولة عن استعادة الوزن، وهذا يستلزم توجيه العلاج إلى هذه العمليات (Liao,2000:29).

حيث أن الهـدف من العلاج المعرفى السلوكى مساعــدة المريض على تبنى إستراتيجيات ســلوكية، ومعــرفية ملاءمة تيسر الإلتزام بنظام غذائى ، ورياضى على المدى الطويل .(Breat.et al.,2003:392)

وتؤكد نتائج العديد من الدراسات فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج السمنة على المــدى الطويل وعدم استعادة الوزن، وما يصاحبها من مشكلات نفسية ومنها دراسات كلا من

(Fuiloka,2002;Cooper.et al.،2003;Fossati.et al.,2004 ;Kajaste.et al.,2004; Sertos.etal.,2005;Carter.et al.,2008;Melchionda.et al,2009;Sullivan.et al,2008; إيمان السطيحة،2008;Wardly.etal.,2010;Wing.,2010;Cooper.et al. 2010).

وفى المقابل وجدت دراسة توضح عدم فعاليته فى الحفاظ على الوزن واستعادة الوزن مرة آخرى، وهى دراسة (Golay,et al.,2004) والتى هدفت إلى تقييم العلاج المعرفى السلوكى، والنظام الغذائى، والرياضة فى خفض السمنة على المدى الطويل، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن 55٪ من الحـــالات استعادوا معــظم الوزن الذى فقدوه أثناء العلاج.

:الدراسات السابقة التى تناولت برامج علاجية للسمنة:-

توضح دراسة (منى الأنصارى،2003) والتى جاءت بعنوان تأثير النشاط البدنى الهوائى فى مؤشرات السمنة ومكونات اللياقة البدنية لدى بعض النساء فى مملكة البحرين، والتى هدفت إلى معرفة تأثير البرنامج الرياضى الهوائى فى التكوين الجسمانى، واللياقة البدنية لدى بعض النساء فى مملكة البحرين، وتكونت عينة الدراسة من(37) إمراة تتراوح أعمارهن ما بين(20-42) عاما، ومن أدوات الدراسة المستخدمة (المقاييس الانثروبومترية التالية سمك طية الجلد، محيطات الجسم، الوزن والطول، بطارية الاختبارات الخاصة بجمعية الشباب المسيحية الأمريكية إعداد Golding.et al.,1889 والبرنامج الرياضى إعداد الباحثة)، وتوصلت هذه الدراسة إلى فاعلية البرنامج الرياضى فى تحسين مؤشرات اللياقة البدنية، والفسيولوجية للجسم، وفقدان الوزن وكان للبرنامج الرياضى تأثير واضح فى جمبع متغييرات التكوين الجسمانى من وزن الجسم، ونسبة الشحوم فى الجسم، ووزن الجسم بدون شحوم، ومؤشر كتلة الوزن، ومتغيرات سمك طية الجلد، ومتغيرات محيطات الجسم؛ حيث كانت معظم التغيرات التى تم قياسها على ثلاثة فترات من البرنامج (قبل، إثناء، بعد) دالة إحصائيا، وكان للبرنامج الرياضى تأثير واضح فى متغيرات اللياقة البدنية، مثل أقصى معدل لاستهلاك الأكسجين بالنسبة لوزن الجسم، والمرونة، والتحمل، كما لم تظهر الدراسة تأثير دالا إحصائيا فى مكون وزن الجسم بدون الشحوم، ويعد البرنامج الرياضى الذى صمم لهذه الدراسة مناسبا لنساء غير ممارسات للنشاط الرياضى، وأدوات اللياقة البدنية الضعيفة بالنسبة لوزن الجسم.

ودراسة (Lantze.et al.,2003) بعنوان فعالية برنامج العلاج السلوكى فى خفض الوزن على المدى الطويل لدى عينة من مرضى السمنة، وهدفت الدراسة إلى تقييم مدى فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج السلوكى فى نقص الوزن على المدى الطويل لدى عينة من مرضى السمنة ، وتكونت عينة الدراسة من (113) فـرد من ذوى السمنة، وتم تقسيمهم عشوائيا إلى مجـموعتين أحدهـما تلقت برنامج العلاج السلوكى بالإضافة لنظـام غذائى منخفض بعدد السعـرات الحرارية، والثانية تلقت البرنامج العلاجى السلوكى بالإضافة لنظام غذائى منخفض جدا بالسعرات الحرارية،واستمر البرنامج لمدة سنة بالإضافة لسنتين متابعة، وتوصلت هذه الدراسة إلى حدوث إنخفاض واضح فى الوزن فى كلا المجموعتين خلال فترة الدراســة بينما لم توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين من حيث نقص الوزن على المدى الطويل فقد استعاد معـــظم أفراد العينة جزء كبير من الوزن السابق خلال فترة المتابعة.

ودراسة (Kajaste.et al.,2004) بعنوان أثر استخدام العلاج المعرفى السلوكى، ونظام غذائى منخفض السعرات على خـــفض السمنة، وما يصاحبها من توقف التنفس أثناء النوم ، وهدفت هذه الدراسة إلى الاجابة على التساؤلات التالية:-

1-هل يؤدى استخدام برنامج قائم على بعض فنيات العلاج المعرفى السلوكى، ونظام غذائى منخفض السعرات إلى خفض السمنة، وما يصاحبها من توقف للتنفس إثناء النوم؟

2-هل يمكن زيادة فعالية البرنامج المستخدم فى خفض السمنة وتوقف علاج التنفس أثناء النوم باستخدام بخاخ الهواء؟ وتكونت العينة من (31) بدين يعانون من توقف التنفس أثناء النوم بمتوسط عمر زمنى (49،1) سنه، ومتوسط معامل كتلة الجسم (43،8كجم/م2)ثم تقسيم العينة عشوائيا لمجموعتين المجموعة الأولى: تلقت العلاج المعرفى السلوكى

بالأضافة لبخاخ الهواء أما المجموعة الثانية: تلقت العلاج المعرفى السلوكى فقط واستمر البرنامج العلاج لمدة عامين وفترة المتابعة لمدة ثلاث أعوام تبدأ منذ بداية العلاج وحتى مــرورعام بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، وأظهرت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خــفض الوزن بمقدار (14٪) من الوزن الكلى خلال ستة أشهر ووصل (9٪) من الوزن الأصلى قبل بداية العلاج بعد مرور عامــين فكلا المجموعتين وقل ضيق التنفس أثناء النوم بعد تلقى العلاج خلال 6شهور الأولى إلى نسبة(50٪) لدى أكثر من (50٪) من أفراد العينة واستمر التحسن لدى (42٪) من أفراد العينة خلال عامين، بينما لم تظهر فروق دالة إحصائيا بين أفراد المجموعتين فى تحسن توقف التنفس أثناء النوم، وأن استخدام البخاخ وحده غير كاف لتحقيق هذا التحسن.

ودراسة (Golay.et al.,2004) بعنوان فعالية برنامج المعرفى السلوكى والنظام الغذائى والنشاط البدنى فى خفض السمنة على المدى الطويل، وتهدف إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة لاتباع نظــام غذائى وممارسة النشــاط البدنى فى نقص الوزن على المدى الطويل، وتكونت عينة الدراسة من(55) مريض سمنة مفرطة بمعامل كتلة الجسم(40كم/م2) وأكــثر ومتوســـط عــمر زمنى(49،5)عاما وتلقت أفراد العينة للبرنامج العلاجى الذى يتضمن بعض فنيات العلاج المعرفى السلوكى والنظام الغذائى بالأضافة للرياضة لمدة ستة أسابيع واستمرت المتابعة لمدة خمسة أعوام، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى حدوث نقص فى الوزن بعد تطبيق البرنامج العلاجى وبمرو خمس سنوات من المتابعة انخفض وزن (25٪) من الحالات بينما احتفظ (20٪) من الحــالات بالوزن الذى فــقدوه خلال مرحلة العلاج ولم يفقدوا مزيدا من الوزن حيث استعاد (55٪) من الحــالات معظم الوزن الذى فـــقدوه أثناء العلاج.

ودراسة (سليمان الجلعود،2005) بعنوان تأثير برنامج رياضى غذائى على السمنة لدى طلاب مدارس الهيئة الملكية بمدينة الجبيل الصناعية بالمملكة العربية السعودية

وهدفت إلى التعرف على تأثير البرنامج الرياضى الغذائى، والبرنامج الرياضى فقط ، البرنامج الغذائى فقط فى التأثير على السمنة لدى طلاب الصفوف الدراسية الثالث والرابع والخامس والسادس الإبتدائى (9-12) سنه بمدارس الهيئة الملكية بمدينة الجبيل الصناعية بالمملكة السعودية وتكونت عينة الدراسة من (80) طالب بدين تزيد الشحوم لديهم إلى (25٪) من وزن الجسم وكانت العينة موزعة على الصفوف الدراسية (الثالث، والرابع ، والخامس، والسادس الأبتدائى) من مدارس الهيئة الملكية بمدينة الجبيل الصناعية، واستمر البرنامج لمدة ثلاثة شهور، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلى ومتوسط القياس البعدى فى متغيرات الدراسة، ودلت الدراسة على أن البرنامج الرياضى الغذائى كان له تأثير الأفضل على جميع المؤشرات المتعلقة بالسمنة بينما أحدثت البرامج الآخرى (الرياضى فقط،الغذائى فقط) تغيرات متفاوتة فى متغيرات الدراسة ولكن بنحو أقل من البرنامج الرياضى الغذائى لدى المجموعة التجريبية؛ بينما إزدادات قيم جميع المتغيرات.

ودراسة (Munsch.et al.,2008) بعنوان مقارنة بين اثنين من العلاجات المعرفية السلوكية للسيطرة المحكمةعلى السمنة لدى الأطفال. والتى هدفت إلى الكشف عن اتجاهات الوالدين والطفل تجاه السمنة وسبل التخلص منها.وتم اختيار العينة عشوائيا وتكونت العينة الدراسة من (56) طفل بدين وعائلاتهم وتم تطبيق البرنامجين على مدى(16) جلسة لمدة شهرين لكل من العلاج القائم على الأبوين فقط، والعلاج الذى تم فيه دمج الطفل مع عائلته واستمرت المتابعة لمدة (6) أشهر. وتوصلت الدراسة إلى تأثير كلا العلاجين فى تقليل الوزن بدرجة ملحوظة، وبطريقة متساوية خلال فترة المتابعة، وكان لكلا العلاجين نتائج متشابهة من؛ حيث تقليل حدة المشكلات النفسية،والتى تمثلت فى القلق، والاكتئاب.

ودراسة (إيمان السطيحة،2008) بعنوان فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض السمنة وما يصاحبها من بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طالبات الجامعة.وهدفت هذه الدراسة لمعرفة مدى فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض السمنة وما يصاحبها من بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طالبات الجامعة.

وتكونت عينة الدراسة من (30) طالبة جامعية تعانين من السمنة،وتم تقسيمهن عشوائيا إلى ثلاث مجموعات:المجموعة التجريبية الأولى:- تلقت العلاج المعرفى السلوكى، وتكونت من(10) طالبات.والمجموعة التجريبية الثانية:- تلقت العلاج السلوكى فقط، وتكونت من (10) طالبات.والمجموعة الثالثة الضابطة:- تلقت نظام غذائى فقط وتكونت من (10) طالبات.ومن أدوات الدراسة: وحدة قياس الطول، المتر،ميزان تقدير وزن الجسم،مقياس الاكتئاب .إعداد آرون بيك ،ترجمة عبدالستار إبراهيم،1998، مقياس تقدير الذات، إعداد حسين الدرينى،وآخرين(ب،ت)، برنامج معرفى سلوكى،إعداد الباحثة،نظام غذائى،إعداد أسامة شلبى.

وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين القبلى،البعدى للمجموعة التجريبية الأولى فى السمنة وفى الاضطرابات النفسية لصالح القياس البعدى.وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية الثانية فى السمنة ،والاضطرابات النفسية لصالح البعدى.وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين دراجات القياس القبلى، والبعدى للمجموعة الضابطة فى الاكتئاب لصالح القياس البعدى.ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين دراجات القياس البعدى الأول للمجموعة التجريبية الأولى،والثانية فى السمنة،ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصاحبات النفسية(الاكتئاب،تقدير الذات) ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدى الأول للمجموعة التجريبية الأولى ،الثالثة الضابطة،ولكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين دراجات القياس البعدى الأول للمجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة فى (الاكتئاب، إنخفاض تقدير الذات) لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

و دراسة (Melchionda.et al., 2009) بعنوان إعدادات كلينيكية فى العلاج المعرفى السلوكى للسمنة لمدة سنة متابعة.وهدفت الدراسة لمعرفة أثر العلاج المعرفى السلوكى على خفض الوزن ومدى فعاليته فى علاج السمنة على المدى الطويل.وتكونت عينة الدراسة من(672) بدين تلقت العلاج المعرفى السلوكى لمدة شهرين على مدى (16) جلسة ومن أدوات الدراسة (مقياس التوافق النفسى، مقياس كتلة الجسم، مقياس الدافعية لنقص الوزن لمرضى السمنة). وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى نقص الوزن لدى عينة الدراسة،وأهمية المتابعة فى علاج السمنة لعدم حدوث الانتكاسة، وأظــهرت مدى أهمية الدافعية فى نقص الوزن، والمراقبة لسلوكيات الطعام، وأن نقص الوزن له تأثير على التوافق النفسى والرضا عن الحياة، والتوافق الحركى.

و دراسة (Munsch.et al.,2009) بعنوان تقييم لبرنامج قائم على تغيير أسلوب الحياة لعلاج السمنة فى الممارسات العامة.وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية العلاج السلوكى المعرفى فى خفض الوزن، والعلاج الجماعى فى مقابل العلاج الفردى فى علاج السمنة أثناء الممارسات العامة لدى مرضى السمنة فى الحياة.و تكونت العينة من (122) بدين وتم تلقيهم العلاج القائم على بعض الفنيات المعرفية السلوكية (استراتيجية حــل المشكلات،إعادة البناء المعرفى،تعلم نظام غذائى صحى) واستمر العلاج لمدة شهرين على مدى (16) جلسة.وأظهرت النتائج فعالية العلاج فى ضبط ونقص الوزن من؛ حيث زيادة الإحســاس بالسيطرة على سلوك الأكل،والحيرة ومشاعر الجوع، وزيادة مشاعر الجاذبية تجاه صورة الجسم، والشكل العام.

ودراسة(Johnston.et al.,2010) بعنوان التحكم السلوكى فى السمنة وهدفت الدراسة إلى نقص الوزن لدى عينة الدراسة من خلال إمدادهم بمجموعة من المهارات السلوكية وأساليب تدريجية لتغيير نمط الحياة لتحسين صورة الجسم. وتكونت عينة الدراسة من(20) بدين راشدين تلقوا العلاج السلوكى لمدة عام.وأظهرت نتائج الدراسة فعالية العلاج السلوكى فى نقص الوزن بمقدار(8:10%)من الوزن الكلى للبدين خلال الشهورالستة الأولى من العلاج وأن طول مدة العلاج تؤدى لحدوث الانتكاسة على مدار الوقت بسبب تكاسل أفراد العينة عن الاستمرار فى التطبيق الفعلى لفنيات العلاج التى تم تعلمها أثناء الفترة الأولى من العلاج فتأتى استعادة الوزن مرة آخرى كنتيجة لذلك.

دراسة (حسن عبدالواحد، 2012) بعنوان فعالية برنامج معرفى سلوكى لتحسين صورة الجسم،وبعض الخصائص الشخصية لدى عينة من طالبات الثانوية العامة ذوات السمنة المفرطة.وهدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى نقص الوزن،وتقليل الاضطرابات المصاحبة للسمنة المفرطة لدى ذوات السمنة المفرطة والكشف عن فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تقليل الإحساس بتشوه صورة الجسم لدى ذوات السمنة المفرطة والكشف عن فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى زيادة الشعور بالتوافق النفسى لدى ذوات السمنة المفرطة.وتكونت العينة من (20) طالبة من ذوات السـمنة المفـرطة بالمـرحـلة الثانوية. وتم تقسـيم العـينة عـشوائيا لمجموعتين(10) حـالات مجـموعة تجـريبية،(10) حالات مجموعة ضابطة.وقام الباحـث بتصـميم مقياس اضطرابات السمنة المفـرطة، ومقياس تشوه صورة الجسم، والبرنامج المعرفى السلوكى، واستمارة بيانات لتشخيص أعراض السمنة المفرطة.وأظهرت الدراسة فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج السمنة المفرطة كالتالى:توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطى رتب درجـات المجموعة التجريبية،والمجموعة الضابطة فى القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية على أدوات الدراسة.و توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى، والبعدى لصالح القياس البعدى على أدوات الدراسة .وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين التتبعى والبعدى على أدوات الدراسة .وعدم وجود فوق دالة إحصائيا بين متوسطى رتب المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أدوات الدراسة .وظهور بعض العوامل الدينامية المسئولة عن تغيرات معرفية، وسلوكية لدى أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتطبيق البرنامج المعرفى السلوكى.

المراجع

أ-المراجع العربية

- آمال عبدالسميع المليجى باظة (2002).الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط2، القاهرة، الأنجلو المصرية.

- آمال عبدالسميع المليجى باظة (2006).علم النفس الكلينيكى وبحوث وقراءات فى الصحة النفسية،القاهرة، الأنجلو المصرية.

- آمال عبدالسميع المليجى باظة (2007). المنهج الكلينيكى، ط3، القاهرة، الأنجلو المصرية.

- أبو حامد محمد بن محمد الغزالى (1402هـ-1982). إحياء علوم الدين، الجزء الثالث، بيروت ، دار المعرفة.

-أبو عبدالله محمد بن أبى بكر بن أيوب إبن القيم الجوزية (د.ت).الفوائد، مكتبة المتنبى، القاهرة.

-أبو العلا أحمدعبدالفتاح، أحمد نصر الدين سيد(1994).الرياضة وإنقاص الوزن الطريق إلى الياقة البدنية، القاهرة، دار الفكر العربى.

-أبو الفضل جمال الدين بن منظور(1986).لسان العرب،الجزء1، 3،2، الأسكندرية، دار المعارف.

-أبو بكرمرسى محمد مرسى(2002).أزمة الهوية فى المراهقة والحاجة للإرشاد النفسى، القاهرة، دار النهضة المصرية.

-أحمد أحمد متولى عمر(2006).الشعور الذاتى بالسعادة كدالة لكل من الجنس والعمل والذكاء الانفعالى وقوة الأنا، المؤتمر السنوى الخامس، كلية التربية، جامعة كفرالشيخ.

- أحمد الأنصارى عبدالحليم ندير (2004).فعالية برنامج معرفى سلوكى لتخفيف حدة فقدان الشهية العصبى لدى عينة من المراهقات،رسالة ماجستير،كلية التربية ، كفرالشيخ، جامعة طنطا.

- أحمد الأنصارى عبدالحليم ندير (2008).فاعلية برنامج معرفى سلوكى،و إرشادى أسرى للوقاية من الانتكاسة لدى المراهقين المدمنين المنتكسين،رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة كفرالشيخ.

-أحمد الحسينى هلال(1998).برنامج لتعديل بعض الخصائص النفسية لدى المراهقين من مرضى السكر،رسالة ماجستير ، كلية التربية، جامعة طنطا.

- أحمد عكاشة(1998).الطب النفسى المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية.

- أحمد توفيق العليمى (1994).دراسة وزن الجسم بين طلبة وطالبات المدارس الثانوية بمحافظة الغربية،رسالة ماجستير، جامعة طنطا.

-أحمد محمد عبدالخالق،صلاح أحمد مراد(2001).السعادة والشخصية:الارتباطات والمنبئات، مجلة دراسات نفسية، المجلد3، العدد11، 337-349.

- أحمد عبدالخالق وآخرون(2003).معدلات السعادة لدى عينات عمرية مختلفة من المجتمع الكويتى،مجلة دراسات نفسية،ع13(4)، 337-349.

-أسامة كامل راتب(2004).النشاط البدنى والاسترخاء مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة، القاهرة، دار الفكر العربى للنشر.

-أسماء تاج مصطفى أبو عسل(2010).الأنماط السلوكية للشخصية لدى عينة من المراهقين مرضى السكر، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة كفرالشيخ.

-أفنان محمد أحمد(2006).التغذية المثالية، البرنامج الإنمائى للأمم المتحدة. Available:http:\\www.google.com

-إلهام إسماعيل شلبى(2008).أساسيات عامة والصحة العامة والتربية الصحية، القاهرة، النهضة المصرية.

-المنجد فى اللغة والاعلام (1975). بيروت ، دار المشرق .

-أمل نصر الطوخى(1994).أثر برنامج تمرينات مقترح على تحسين الكفاءة البدنية،ونسبة الدهن لدى ربات البيوت، رسالة ماجستير، كلية التربية الرياضية، جامعة حلوان.

- أنصاف مختار يس يونس(2003).دراسة مقارنة للكشف عن الحالة الغذائية بين اطفال الأمهات العاملات وغير العاملات بمحافظة الجيزة،رسالة ماجستير، كلية الإقتصاد المنزلى.

والبحوث البيئية،جامعة عين شمس. 36- أيمن الحسينى(2009).السمنة،القاهرة،دار الطلائع.

- إيمان حامد السطيحة (2008). فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض السمنة وما يصاحبها من

بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طالبات الجامعة ، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعه كفرالشيخ .

- بيرنى كوروين،وبيتر رودل،وستيفن بالمر(2008).العلاج المعرفى السلوكى المختصر،ترجمة محمود عيد مصطفى،الكتاب الخامس،سلسلة علم النفس الكلينيكى المعاصر،القاهرة، دار إيتراك للنشر والتوزيع.

- ترينس ويلسون،كاتلين م.بايك،اضطربات الأكل فى:ديفيد هـ.بارلو مرجع اكلينيكى للإضطربات النفسية دليل علاجى تفصيلى.القاهرة،الأنجلو المصرية،(ترجمة وتعريب)حصة عبد الرحمن (2002).

- تيموثى ج.ترول (2007).علم النفس الكلينيكى،ترجمة فوزى شاكر طعيمة،حنان لطفى زين الدين،الأردن دار الشروق.

- جان سكوت،مارك ويليامز وآرون بيك(2002).العلاج المعرفى والممارسة الاكلينيكية،ترجمة حسن عبدالمعطى،القاهرة،مكتبة زهراء الشرق.

- جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافى (1988). معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

- جمال السيد تفاحة (2009).الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين ،دراسة مقارنة،مجلة كلية التربية،جامعة الإسكندرية،المجلد التاسع عشر،ع1.

- حامد عبد السلام زهران (2005).الصحة النفسية والعلاج النفسي،القاهرة ،عالم الكتب .

- (2007). المقاييس النفسية المقننة ، مكتبة زهراء الشرق .

- حسن عبد الفتاح الفنجرى (2006).السعادة بين علم النفس الإيجابى والصحة النفسية،بنها مؤسسة الإخلاص للطباعة والنشر.

- حسن فكرى منصور(2000).وداعا للسمنة وأهلا بالرشاقة ،القاهرة ،دار الطلائع.

- حسن عبدالحميد حسن عبدالواحد(2012).فعالية برنامج معرفى سلوكى لتحسين صورة الجسم وبعض خصائص الشخصية لدى عينة من طالبات الثانوية العامة ذوات السمنة المفرطة،رسالة دكتوراه، كلية التربية،جامعة كفرالشيخ.

- حنان إبراهيم فتوح سمك(2010).برنامج إرشادى لتوعية أمهات أطفال مرحلة الرياض لوقاية أطفالهن من الوزن الزائد والسمنة،رسالة ماجستير،كلية التربية، جامعة طنطا.

- خالد العتيبى (2001).فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التفكير الاستدلالى لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة الملك سعود.

- ديفيد-هـ بارلو(2002).مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلى،ترجمة وتعريب صفوت فرج،محمد نجيب الصبوة،مصطفى أحمد تركى،جمعة سيد يوسف،هبة إبراهيم القشيشى،حصة عبدالرحمن الناصر،هدى حسن جعفر،القاهرة مكتبة،الأنجلو المصرية.

- ديل كارنيجى(1991).كيف تختار الأصدقاء،وتؤثر في الآخرين، ط2، ترجمة عبدالمنعم محمد الزيادى ،بيروت دار الندوة الجديدة للنشروالتوزيع.

- رانيا سعد السعيد أحمد الطنطاوى(2010). برنامج إرشادى لتحسين أداء الوالدين فى رعايتهم لأطفال من ذوى أمراض القلب،رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة طنطا.

- رشاد على عبدالعزيز موسى(2001) . معجم الصحة النفسية المعاصر، القاهرة، الفاروق الحديثه للطباعة والنشر.

- رشا محمد على مبروك(2009).العلاقة بين إدارة الحياة والسعادة لدى طلاب الجامعة،مجلة كلية التربية ببورسعيد،ع5،السنة الثالثة،يناير.

- روندا بايرن (2008). السر،ترجمة مكتبة جرير،ط1،مكتبة جرير للنشر،والتوزيع.

- (1999).مدى فعالية بعض أساليب العلاج المعرفى السلوكى فى علاج بعض الحالات الشره من طالبات الجامعة.مجلة علم النفس،الهيئة المصرية العامة للكتاب،المجلد التاسع،ع519،4-557.

- ريحاب عبدالله معوض محمد العسال(2014). فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى تحسين جودة الحياة لدى مريضات السمنة المنتكسات فى الوزن من الراشدات.رسالة ماجستير غير منشورة .

- زينب محمود شقير (2002).علم النفس العيادى(الإكلينيكى)التشخيص النفسى العلاج النفسى ،الإرشاد النفسى، ط2،القاهرة،النهضة المصرية.

- زينب محمود شقير(2002).احذر اضطرابات الأكل (الشره العصبى-السمنة المفرطة-فقدان الشهية العصبى،المجلد الثانى،ط1.

- زينب محمود شقير(2005).السمنة المفرطة،مشكلات التشخيص،والعلاج، المؤتمر العلمى الثالث تحت عنوان"الإنماء النفسى،والتربوى للإنسان العربى فى ضوء جودة الحياة،مجلة كلية التربية،جامعة الزقازيق،مج1.

- سامية حجازى إدريس(2008).فاعلية برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوى المزمن تحت الإستصفاء الدموى، مجلة كلية الفنون، جامعة الخرطوم.

- سامر جميل رضوان(2002).الصحة النفسية، عمان،دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- س- ليندزاى،ج.بول(2000).مرجع لعلم النفس الإكلينيكى للراشدين، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، الأنجلو المصرية.

- س.هـ.باترسون (1981).نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، ترجمة حامد عبدالعزيز الفقى، الكويت، دار القلم.

- سليمان الريحانى (1989).الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين، دراسة عبر حضارية لنظرية أليس فى العلاج العقلى العاطفى.دراسات نفسية،المجلد الرابع عشر،العدد الخامس:102:73.

- سليمان بن عمر الجلعود(2005).تأثير برنامج رياضى-غذائى على السمنة لدى طلاب مدارس الهيئة الملكية بمدينة الجبيل الصناعية بالمملكة العربية السعودية، مجلة البحوث التربوية والنفسية،المجلد السادس، العدد الثالث،267-296.

- سناء يسرى عبدالحميد خليل(2006).فعالية برنامج معرفى سلوكى لتخفيف الأكتئاب لدى عينة من المراهقات ذوات الشره للطعام ، رسالة ماجستير،كلية التربية،كفرالشيخ، جامعة طنطا.

- سهام عبد المنعم البشبيشى(2013).فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين، رسالة ماجستير،كلية التربية، جامعة كفرالشيخ.

- سوزان حمدى حامد سعد (2004).فاعلية برنامج معرفى سلوكى فى تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الأطفال الموهبين الاكتئابين،رسالة دكتوراه، كلية التربية،كفرالشيخ،جامعة طنطا.

- شيماء السعيد على عبدالهادى(2007).خصائص الشخصية ذات العلاقة بالسعادة لدى عينة من المراهقين،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة كفرالشيخ.

- صافيناز السعيد شلبى(2001).محاضرات فى صحة الأم والطفل،ط1،جامعة طنطا،كلية الطب.

-صافيناز السعيد شلبى (2003).أمراض الطفل وتمريضه، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.

- صبحى عبدالفتاح الكفورى(2000).فعالية برنامج سلوكى معرفى فى إدارة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب كلية التربية،مجلة كلية التربية،جامعة المنوفية، ع3، السنةالخامسة عشر،97-131.

ـ صبحى عبدالفتاح الكفورى ، خالد عسل(2006).فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض الشعور بالغضب لدى عينة من السيدات العاملات بالتدريس،المؤتمر السنوى لكلية التربية بكفرالشيخ فى الفترة من10-17 لإبريل،273-296.

- صباح مصطفى السقا(2008):العلاج النفسى ،كلية تربية،جامعة دمشق، سوريا.

- صلاح قادوس (أ) (2005) .التخسيس للجنسين،القاهرة،دار الفكر العربى.

- صلاح قادوس (ب)(2005).السمنة وتركيب الجسم،القاهرة،دار الفكر العربى.

- طارق محمد السيد النجار(2005).مدى فعالية برنامج سلوكى لتعديل سلوكيات إضطراب نقص الإنتباه وفرط الحركة لدى عينه من الأطفال الصم،رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة،جامعة عين شمس.

-عادل عبدالله محمد(2000).العلاج المعرفى السلوكى، أسس وتطبيقات،القاهرة،دار الرشاد.

- عادل عبدالعال علي(2010).التخسيس ،والنصائح الغذائية لمشكلاتك الصحية ،فجر الإسلام.

-عادل هريدى،ظريف شوقى فرج(2002).مصادر السعادة المدركه فى ضوء العوامل الخمسة للشخصية، والتدين، وبعض المتغيرات الآخرى،مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب،46-72.

-عاشور محمد دياب أحمد(2001).فعالية الإرشاد النفسى البدنى فى تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة،مج15،ع1،مجلة البحث فى التربية وعلم النفس،مجلة دورية ربع سنوية تصدرها كلية التربية،جامعة المنيا،436-466.

-عاشور محمد دياب(2007).الوعى الدينى وعلاقته بالرضاء عن الحياة لدى عينة من شباب الجامعة،مجلة البحث فى التربية وعلم النفس،جامعة المنيا،م1،ع4،يوليو2007-134،100

-عائد فضل ملجم(2006).الطب الرياضى والفسيولوجى قضايا ومشكلات معاصرة،المملكة الأردنية الهاشمية ،دار العلم.

-عادل عبدالعال (2010).التخسيس والنصائح الغذائية لمشكلاتك الصحية ،فجر الإسلام للطباعة والنشر.

-عبد الستار إبراهيم (1994).العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه،القاهرة،دار الفجر للنشر والتوزيع.

-عبدالستار إبراهيم،رضوى إبراهيم(2003).علم النفس أسسه،ومعالم دراسته،ط3،القاهرة،مكتبة الأنجلو المصرية.

- عبدالستار إبراهيم،عبدالله عسكر(2005).علم النفس الإكلينيكى فى ميدان الطب النفسى،ط3،القاهرة،الانجلو المصرية.

-عبدالرحمن العيسوى(2002).الأمراض النفسية وعلاجها، الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

-عبد المنعم حسين(1993).حرمان الطفل من الوالدين وعلاقته بنموه اللفظى فى مرحلة ما قبل المدرسة،رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة،جامعة عين شمس.

-عبده السيد شحاته(1999).أمراض ناتجة عن الغذاء، القاهرة،المكتبة الأكاديمية .

-عبد المنصف حسن رشوان(2008).ممارسة الخدمة الاجتماعية فى مجال الأسرة والطفولة:اتجاهات نظرية-حالات وبحوث تطبيقية،جامعة أم القرى،السعودية، المكتب الجامعى الحديث.

-عبير محمد عبد السلام(2009).فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لتنمية مهارات الحياة لدى عينة من الشباب الجامعى،رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس.

-عدنان عبدالقادرعلى(1998).القلق وصورة الجسم،رسالة ماجستير، كلية الأداب، جامعة عين شمس.

- عصام صلاح الشامى(2010). فعالية برنامج معرفى سلوكى،وبرنامج إرشادى نفسى دينى فى تنمية الرضا عن الحياة لدى عينة من المعلمين ذوى الأمراض المزمنة ،رسالة دكتوراه،كلية التربية،جامعة كفرالشيخ.

-عصام أبو الفتوح كسر(2005).فعالية برنامج معرفى سلوكى لتخفيف الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الاكتئاب الأساسى من المراهقين،رسالة دكتوراه،كلية التربية،كفرالشيخ،جامعة طنطا.

-على محمد محمد الديب(1988).العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم فى العمل.مجلة علم النفس،6:_45-59

-على محمد محمد عامر (2005).الرعاية المتكاملة للأمومة والطفولة فى التغذية والأعشاب، القاهرة،مكتبة الأنجلو المصرية.

-علاء فرغلى(2008).مهارات العلاج المعرفى السلوكى،ط2،القاهرة، دار النهضة المصرية.

-علاء الدين كفافى، مايسة أحمد النيال(1995).صورة الجسم وبعض المتغيرات الشخصية لدى عينة من المراهقات، دراسة ارتقائية ارتباطية غير ثقافية،الإسكندرية،دار المعرفة الجامعية.

-عماد عبدالستارزيدان(2014).تطبيقات على التحليل الإحصائى باستخدام برنامج SPSS فى مجال المكتبات والمعلومات، دار الأخوة للطباعة.

-عماد السيد محمد فرج العونى(2007).فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض الإنهاك النفسى لدى عينة من معلمى التربية الخاصة (معلمى المعاقين عقليا)،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة كفرالشيخ.

-فضل إبراهيم عبد الصمد (2002).الصلابة النفسية وعلاقتها بالوعى الدينى ومعنى الحياة لدى عينة من طلاب الدبلوم العام بكلية التربية بالمنيا،دراسة سيكومترية-كلينيكية،مجلة البحث فى التربية وعلم النفس،م17،ع203,2.

- فوقية حسن عبدالحميد رضوان(2003).دراسات فى الاضطرابات النفسية،القاهرة،دار الكتاب الحديث.

- فيكتور إميل فرانكل(2001).إرادة المعنى أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى،ترجمة إيمان فوزى، القاهرة، دار زهران الشرق.

-قطب عبده خليل حنور(2004).فعالية برنامج معرفى سلوكى لتخفيف حدة الأرق لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة،رسالة ماجستير،كلية التربية،كفرالشيخ،جامعة طنطا.

- كمال إبراهيم مرسى(2000).السعادة وتنمية الصحة النفسية مسئولية الفرد فى الإسلام وعلم النفس،ج1،دار النشر للجامعات،مصر.

-كوثر محمد ورش(1994).تأثير برنامج مقترح على تقليل الوزن للسيدات فى المرحلة(25-30)،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة حلوان.

-كيلى د.براونيل،وباتريك ماهنيل أونيل (2002).السمنة.فى :ديفيد هـ .بارلو مرجع اكلينيكى للإضطربات النفسية دليل علاجى تفصيلى، ترجمة جمعة سيديوسف،القاهرة،الأنجلو المصرية.

- لمياء عبد العاطى أحمد الفقى،(2005).فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لخفض بعض المشكلات النفسية ،وتحقيق التواقف النفسى لدى أبناء المؤسسات الإيوائية، رسالة ماجستير، كلية التربية،جامعة عين شمس.

- لويس كامل مليكه (1994).العلاج السلوكى وتعديل السلوك،ط2،القاهرة،د-ن.

ـ مارتن .إي.بي. سليجمان(2006) .السعادة الحقيقة ،الرياض ،مكتبة جرير.

- ماجــد عبدالعـــال (1999) .السمنة وأمراض الغدد وأسبابها والوقاية منها،القاهرة ،مركز الأهرام للنشر والتوزيع.

- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد(2008). الضغط النفسى ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية،عمان،الأردن،دار صفاء للنشر والتوزيع.

- ماجدة السيد على ناصف(2010).فعالية برنامج معرفى سلوكى فى تخفيف حدة المتعقدات السلبية غير العقلانية لدى عينة من مرضى الفصام،رسالة دكتوراه،كلية التربية،جامعة كفرالشيخ.

- محمد أحمد سعفان(2003).دراسات فى علم النفس والصحة النفسية اضطرابات إنفعال الغضب (الخلفية النظرية،التشخيص،العلاج)،القاهرة دار الكتاب الحديث.

- محمد أحمد دسوقى(1989).أثر المتغيرات على مفهوم الذات لدى تلاميذ وتلميذات المرحلة الإبتدائية والمتوسطة بالمدينة المنورة،مجلة كلية التربية،جامعة الزقازيق،ع9،السنة الرابعة.

- محمد السيد أبوالمجد(2000).مفهوم الموت عند الأطفال،مجلة التربية،اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة والعلوم،القاهرة،ع31-28،23-29 ديسمبر.

- محمد عبدالله دراز(1982).الدين بحوث مهمة لدراسة تاريخ الأديان،الكويت،دار العلم.

- محمد محروس الشناوى محمد عبدالظاهر الطيب(أ)(1998). مبادئ الصحة النفسية،الأسكندرية،دار المعرفة الجامعية.

- محمد عيد كامل عبدالمقصود(2007).فاعلية الإرشاد المعرفى السلوكى فى ترشيد استخدام الكمبيوتر والانترنت لدى عينة من المراهقين،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة عين شمس.

- محمد جلال أبو الفتوح بهنسى(2005).مدى فاعلية برنامج لإرشادى معرفى سلوكى فى لإدارة الضغوط المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية،رسالة دكتوراه،كلية التربية،كفرالشيخ،جامعة طنطا.

- محمد محروس الشناوى(1991).نظريات الإرشاد والعلاج والنفسى،القاهرة،دار غريب للطباعة والنشر.

- محمد محروس الشناوى (1996).العملية الإرشادية والعلاجية،القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.

- محمد محروس الشناوى (1998).موسوعة الإرشاد والعلاج النفسى(1)،نظريات الإرشاد والعلاج النفسى،القاهرة،دار غريب للطباعة والنشروالتوزيع.

- محمد محروس الشناوى ،ومحمد السيد عبدالرحمن(1998).العلاج السلوكى الحديث-أسس وتطبيقاته.القاهرة،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

- محمد السيد عبد الرحمن(2000).موسوعة الصحة النفسية،علم الأمراض النفسية، والعقلية(الأسباب-الأعراض-التشخيص-العلاج)القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.

- محمد السيد عبد الرحمن (2004).علم النفس الاجتماعى المعاصر، ط، القاهرة، دار الفكر العربى.

- محمد كامل عبد الصمد(1995):ثبت علميا،ط 5،القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.

- مجمع اللغة العربية (2004). المعجم الوسيط ، ط4، القاهرة، مكتبة الشروق الدولية.

- مجمع اللغة العربية (ب.ت).القاموس المحيط،ج2،القاهرة، الدار الهندسية للنشر والتوزيع.

- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار(2008) .محددات السعادة والرضا فى المجتمع المصرى-دراسة تجريبية باستخدام مسح القيم العالمية لمصر، مجلس الوزراء المصرى.

-منظمة الصحة العالمية (1999).ترجمة وحدة الطب النفسى بجامعة عين شمس، النسخة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض النفسية والعقلية(ICD/10) المكتبة الطبية القومية،القاهرة.

- منى صالح الأنصارى(2003).تأثير النشاط البدنى الهوائى فى مؤشرات السمنة ومكونات اللياقة البدنية لدى بعض النساء فى مملكة البحرين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد الرابع،العددالرابع.

- ناصر بن إبراهيم المحارب(2000).الأسس النظرية للعلاج الاستعرافى السلوكى،الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.

- نادية نور،عبده أبو العلا،موسى فهمى إبراهيم، ذكى محمد درويش (1999).السمنة وعلاجها والوقاية منها ،الإسكندرية، دار الكتاب الجامعى.

- نسرين على عبد الحى النعناعى(2009).فاعلية برنامج إرشادى لتخفيف حدة بعض المشكلات النفسية لدى عينة من الإناث المتأخرات فى الزواج، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

- نعيمة جمال شمس الرفاعى(2006).فعالية برنامج إرشادى قائم على إدارة الذات فى تنمية السلوك التوكيدى وفعالية الذات لدى عينة من طالبات كلية التربية المؤتمر السنوى الخامس لكلية التربية بكفرالشيخ فى الفترة من 15-17إبريل338 -370.

- نجلاء إبراهيم سليمان(2000).سيكولوجية البدانة وعلاقتها بالشخصية فى ضوء الفروق بين الجنسين، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنوفية.

- نيكولاس وايت (2013).السعادة موجز تاريخى، ترجمة سعيد توفيق، عالم المعرفة للنشر والتوزيع.

-هارون توفيق الرشيدى(1999).الضغوط النفسية. طبيعتها- نظرياتها- برنامج لمساعدة الذات فى علاجها،القاهرة، لأنجلو المصرية.

-هالة نشأت أحمد زايد (2009).فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لتعديل السلوك اللاتكيفى لدى الأحداث الجانحين، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة كفرالشيخ.

- هارون توفيق الرشدى(1999).الضغوط النفسية- طبيعتها- نظريتها - برنامج لمساعدة الذات فى علاجها،طنطا، مطابع جامعة طنطا.

- ياسر كمال محمد(2003).قلق الموت وصورة الجسم لدى المدمنين"دراسة إكلينيكية"رسالة ماجستير، كلية الأداب جامعة عين شمس.

- يوسف أبو حجاج(2006).وداعا للرجيم القاسى،وكيف تنقص وزنك فى(4)أسابيع، القاهرة دار الطائف.

ب-المراجع الأجنبية

-Ackard,D.;CrollmJ.,Kearney-Cooke, A.(2002) :Dieting Frequency among college famales:Association with disordered eating,Body image,and related psychological problems,Journal of Psychosom Res,52,(3):129:136.

-Agliata,D.,Tantleff-Dunn,S.(2004):The impact of media exposure on males body image,Journal of Social and Clinical Psychology, 23, 1,.7-22.

-Albertson,N.(2003):Internalization of Western Culture's Thin-Ideal:Review on Internalization and individuals with eating disorders Diss,from:http: eric.ed.gov.com.

-Allison, D.B., Pietrobelli,A.,& Faith,M.s.(1998). Obesity and developmental Disabilities: Pathogenesis and Treatment. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 10:215-255.

-Andrews,H.B.,&Jones,S.(1990):Eating behaviour in obese women:test of two hypotheses.Australian psychologist,25,351-357.

-Anderson,J.W.,Vishitbandra,S.,Qian,W.Skryscio,R.J.(1999).Long-Lerm Weight Maintenance After an Intensive Wight-Loss program.J.American college of Nutrition.,18:620-627.

- Annes,J.J(2000).Effects of Minimal Exercise and Cognitive Behavior Modification on Adherene,Emotion chang,Self Imag and physical change in obese Woman.Percept Most Skills,91(1):322-360.

-Antonovsky,A(1993):The structure and properties of the sense of coherence scale science&.Medicine,36,725-733.

-Anderson, R.E.,Crespo, C.,Bartlett,S.J.,checking ,I.S.Pratt,M.(1998) . Relationship of physical Activity and Television Watching With Body Weight and Level of Fatness Among Children.JAMA ,279(12):938-942.

-Ata,R,Ludden.A.,Lally,M.(2007):The effects of gender and family,Friends and media influences on eating behaviors and body imag during adolescence,Journal of youth and adolescents,36,8,1024-1037.

-A tar.L.,Green field,R.,&Helite.M.(2010):The effects of type and frequency of exercise on maintenance of body composition and wieght loss outcomes in obese women.physiological,Journal of Psychosomatic Research,30,62-68.

-Arrizaa,N.(2006).The obesity-self.esteem cycle.Health&Fitness,306:1

-Arterburn,D.& Hitchcock- Noel P.(2001).obesity.Clinical Evidence, 5:512-519.

-Bailey,J.A.,(2003).The foundation of self-esteem.J. Nalt Med Assoc.,95(5)388-93.

-Bar- On , R . , (2005) : The Impact Of emotional Intelligence on Subjective Well – being , Perspectives in Education , 23 (2) 41 – 62 .

-Bacchini,D.,Daval.M.Variables and body image in Italion girls attending Aweight control clinical,Journal of Psychosomatic Research,30,72-99.

-Baranowski,T.,perry,C.l.,Parcel,G.(2002).How individuals, Environment and health behaviors interact: Social cognitive theory.Glanz,K.,Lewis,F.M.,Rimer,B.(eds).In health behavior and health education.,theory,Research and Practice3rd ed.246-279.

-Barlow,S.,&Diets,W.H.(1998).Obesity evaluation and treatment:Expert committe recommendations.J. of Pediatrics,102:29.

-Belluscio,D.O.(2006):The world obesity review.J.The H.C.G Research Clinical.

-Benjilian,D.A.,Perri,M.G.,Nezu,A.MMckelvey,W.Fshermer,R.C.(2001):

Individual versus Group therapy for obesity:Effects of Matching part, Jicipants to thier treatment preferences.J. Consult Clin Psychol.,69:717-721.

-Berg,I.M,Simonsson.B.,&Ring,Q.(2009):Body Image,social back ground,aspects of lifestyle,relations school situation and over weight 18year old boys in acountry in Sweden scand.Journal of Psychosomatic Research,30,62-98.

-Bengamin,J.,Sodack,M.Virginia,A.,Sodock,D.(2009):Comperhensive text book of psychiatry:American Journal of Psychiatry,(3),132-143.

-Bergeron,D.(2007):The relationship between body image dissatisfaction and psychological health:An Exploration of body image in young adult men ,Dissertation,from:www.ohiolink.edu|etd|view.cgi.osu.11834999777.

-Birch,l.l.,&Fisher,J.O.(1998)Development of eating behaviors among children and adolesscents.J.of Pediatrics,101:539-549.

-Birch,l.(2001).Researchers caution on parental approach to childhood obesity.J.of Obesity Week 1(2),1-3.

-Bjorvell,H.,Edman,G.,Rossner,S.&Schilling,D.,(1985)Personality Traits in aGroup of Severely Obese patient.Jama,4:35.

-Blair,S.N.&Holder,s.(2002).Exercise in the management of obesity.In C.G.Fairburn&K.D.Brownell(Eds),Eating Disorder and Obesity:A comperehensive Hand Book. New York:Guilford,.518-523).

-Block,G.(2010):Abdomial obesity:Sealing in down this dealyris phsspordmed,Journal of Psychosomatic Research,30:133-147.

-Braet.C.,Tamghe.E&Veerle.M. (2009):Impatient treatment for children: weight loss,psychological well being and eating behovior.Journal of Pediatric Psychology, 29.(7)Oct2009,519-529.

-Breat,C. ,Tongue, A.,Bode,P.D .Franck,X.H.&Winckel,M.V. (2003):Impation treatment of obese children:A Multicomponent programmer without stringent calorie restriction.Eur. J. Pediatric. Jun.,162(6):391-396.

-Burraws,A.&Jeffery,R.W.(2002).Improving long-term weight loss:Pushing The limits of Treatment,18:353-374.

-Buddeber,G.,Fisher,B.,&Klaghafer,R.(2009):Associations between body weight psychiatric disorders and body image in female adolescents:Psychosom.Journal of Psychosomatic Research,30,325-332.

-Bulik, C.M.,Sullivian, P.F.Carter,F.A., Macintosh, V.V.&Joyce,R.R. (1998):The rile of exposure with response prevention in the cognitive –behavioral therapy for bulimia nerosa, J,Psychol .Med.,May,28(3)611-623.

-Carter,J.C.,Fairbrun,C,g.,&Kirsch,I.M.,(2008):Cognitive behavioral of obesity83-90 wash in dc:American Psychological Association.

-Carpenter,K.M,Hasin,D.S.,Allison,D.B.,&Faith,M.S.2000).Relationship between obesity and dsm.Iv major depressive disorder,Suicide ideation and suicide attempts:Result from a general population study.Am, J. Puplic Health,90:251-257.

-Chambliss,H.O.,Finley,C.E.&Blair,S.N.(2004).Toward obese individuals among exercise science students.Med Sci Sports Exercies,36:468-474.

-Chumbler,N.R(1996):An Empiricaltest of Atheory of Factors affecting life satisfaction:Understanding the role of religious experience.Journal of Psychology and Theology,.24,.3:220-232.

-Cheng,S.&Chan,A.,(2006):Relationship with others and life satisfaction in later life:Do Gender and widowhood make a difference?The Journal of Gerontology,Series B:Psychological Science and Social Science,.(61),.(1),46-53.

259-Clay,D.,Vignoles V.and dittmar,H.(2005):Body image and self-esteem among adolescent girl:Testing the influence of Sociocultural factors,Journal of Research on Dolescence,.15, 4, 451-477.

-Cooper,Z.Fairburn,C.G.&Hawker,M.(2003).Congnitive behavioral treatment of obesity.Guildford Press.

-Cortigan,C.L,Floyd,F.,Harter,K.,and Mc Clbnlock,J.C.(1997):"Family process and adaptation to Children with mental retardation:Disruption and Resilience in family problem solving interaction",Journal of Family Psychology,4,515-529.

-Cooper,Z.C.,Fairburn,Cg.,&Kalodner,C.R.,(2010):A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity.J.Behavioural Research,and Therapy,39,499-505.

-Colberg,S.,&Swain,D.(2000).Exercise&diabetes Control:Awinning combination,J.The Physician and Sportmedcine,28(4),63-81.

- Cooper, Z . Fairburn , C . G & Hawker , M (2003) . Cognitive Behavioral Treatment of Obesity . Guild For dpress .

-Cresci,B.,Tesi.F.,Ferlita.T&Mannucci.E.(2010):Coognitive behavioral treatment for obesity results after 36 months,J.Eat wieght Disorder Development Psychology,20,147-53.

-Crandall,C.S.,Biernat,M.(1990).The Ideology of anti-fat attitudes.J .Appl Soc psychol,20:227-243.

-Daniel,C(2007):The relationalship between sense of coherence adjustment person with disabilities,the full Articl located in Rehabilitation Counseling Bulletin ,43,3,25-40.

-Daris,I,J.&Navario,BB.(2003):Childhood obesity,American dietetic as sociation,J.Pediatric Academic.

-Davison,K.K.,Birch,L.L.,(2001).Weight status,Parent reaction and self concept in five year old girls,J.Pediatrics,107(1):46-53.

-Davison,T.and McCabe,M.(2006)(b):Adolescent body image and psychosocial functioning,The Journal of Social Psychology,v.146,n.1,15-30.

-Dejong,W.,Fleck,R.e(1986).The social Psychological effects of overwight.In c.B.Herman&M.P.Zanna(Eds),Physical approach,Stiga and social behavior.The Ontario symposium 3rd,(65-87)Lawrence Erlbaumillsdale,NJ.

-Devlin,M.J.yanouski,S.Z.&Wilson,J.T.(2000):Obesity:What Mental Health Professional Need To know.Am. J. Psychiatry.,157: 6.

-Diets,W.H(1997):Periods of risk in childhood for the development of adult obesity-What do we need to learn?The Journal of Nutrition,127:84-90.

-Diener,E.&Diener,M.(1995)Cross-Cultural correlates of Life satisfaction and self-esteem.Journal of Personality And Social Psychology,68,653-663.

-Douches,J.Z.,Hayden,H.J.&Wifely,D.E.(2001):Obesity,Body Image and Eating Disorders in Ethnical Diverse Children and Adolescents.J.Obes Res,6:151-226.

-Dobson KS,(2001):Handbook of cognitive-behavioral Therapies.Journal of Psychosomatic Research , 52, 4, 273-274.

-Dohnt,H.Tiggemann,M.(2006):the contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-Esteem in young girls:Aprospective study,J.Developmental Psychology Res,.42, 5,p.929-936.

-Drent,M.L.Larsson.I.&William-Olsson,T.(1995).Orlistat,A lipase Inhibitor,In The Treatment of Human Obesity:Amultiple close study.Int J. Obes,19:211-226.

-Duvigneaud,N.,Matton,L.,&Duqvet,W.,(2008):Obesity and adjustment.International Journal of Eating Disorders,201-10.

-Eckel,R.H.(2005).Obesity.Circulation,111:257-259.

-Eissa,M.A.&Gunner,K.B.(2004):Evaluation and Management of Obesity In Children and Adolescents.Joural of Pediatrie Health Care,18(1):35-38.

-Eliss,A.(1997):REBT with Obsessive Disorder. In:J. Yankura,&W.Dryden(eds);using REBT with Common psychological problem satheaysis Casebook,Newyork; Springer Publishing Company,Inc.

- Epstein,L.H.,Myers,M.D.,Raynor,R.A.,&Saelens,B.E.(1998):Treatment of Pediatric Obesity.J.of Pediatrics,101:554:570.

-Fabricator,A.N.,Wadden,T.A.(2003):Psychological Functioning of Obese Individuals.Diabetes Spectrum,16:245-252.

-Fabrictore,A,N.(2010):Behavioral therapy and cognitive behavior therapy of obesity:Isosthere a difference?.Journal of Marriage and The family,20,9-92.

-Faith.MS.,Fantaine.K.R.,cheskin,L.J.,&Allison.D.,(2009):Behavioral approaches to the problems of obesity.British Journal of Psychiatry,11,459-493.

-Fahey.A,&Beck.A,&Pugh.R,&Buerger.J,(1996).Preliminary study of health value as a moderator of the link between age and life satisfaction.Psychological Reports.79,.2,.443-446.http:\\www.ncbi.nlm.nih.gov\pubmed

-Fisher,B.D:Strogatz,D.S.(1999).Community Measures of Low Fat Milk Consumption.Am J.Public Health 89,235-237.

-Fitzgibbon,M.L.,Stolley,M.N.,Kirshenbaum,D.S.(1993):Obese People Who Seek Treatment Have Different Characteristics Than Those Who Do Not Seek Treatment,J.Health Psycho,12:342-345.

-Fischer,B.,Klaghofer,R.,&Reed,V.(1999):Associations between body weight,psychiatric disorders and body image in female adolescents,Hand Book,68,69,325-332,16(2):337:350.

-Flier,J.S.(2004).Obesity Wars:Molecular Progress Confronts in Expanding Epidemic.Cell -French,S.A.,Story,M.,Jeffery,R.W.(2001).Environment influences on eating and physical activity.Annu Rev Public Health, 22:309-335.

-Fogelholm,M., Kukkonen .Harjula, K.,Nenonen,S.S., Passnen,M.(2000). Effects of walking training on weight maintenance after a very low-energy diet in premenopausal obese women:A randomized controlled trial.Arch inter med.,Jul24., 160(14)2177-2184.

-Food and Drug Administration,Endocrine and Metabolism Advisory Committee(1998).Data on The Safety and Efficacy of Orlistat Presented to The FDA Advisory Committtee.Bethesda,MD:food and drug Administration.

-Fossati,M.,Amati.,Painot.,D.,Reiner,M.,&Golay,A.(2004):Cognitive-Behavioral Therapy With Simultaneous Nutritional and Physical Activity Education in Obese Patients with Bieng Eating Disorder,J.Eat Wieght Disorder.Jun;g(2):134-138.

-Foster,G.D.,Wadden,T.,Phelan,S.&Sarwer,D.B.(2001).Obese patients perception of treatment outcomes and the factors that infelunce them arch inter med.,166:2133.

-Fogel,J.&Jacob,R.G.(2002).Cognitive-behavioral treatment of patient with neitigo and unusual sensitive to smells:Acse report, International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 7,119-126.

-Franciscus,A.(2003).Hcv Symptoms Imagined or Real?available at:htpp:\\www.hcvadvocate.org\hepatitits\hepC\symptoms.html.

-Fredrik,S.(2003).The role of dietary fat in body fatness:Evidence from a preliminary meta-Analysis of low-fat dietary intervention studies.Br.J. Nutr,83:25-32.

-Frankl.V.E.(1992):Meaning in industrial society.The International forum for logo therepy,15.66-70.

-Franlk.V.E.(1997):Man's search for ultimate meaning.New York:Insight Books.

-French,S.&Joseph,S.(1999):Religiosity and its Association with Happiness,Purpose in Life ,and Self Actualization, Mental Helth,Religion&Culture,2,117:120.

-Friedman,M.A.,&Brawn ell,K.D.(1995).Psychological correlates of obesity:Moving to the next research generation,J.Psycho Pull.,117:3-250.

-Franklin,B., Buskirk,E, Hodgson,J, Gahagan,H.,Kollias, J&Mendez,J. (1979).Effects of physical conditioning on cardiorespiretory function, body composition and serum lipids in relatively normal-weight and obese middle-aged women.International Journal Of Obesity,3,97-109.

-Gellers,J.,Srikameswaran ,S.Zaitsoff,s.,Cockell,S.and poole, G.(2003): Mothers and fathers perceptions of thier adolescent daughters shape ,weight and body Esteem:Are they Accurate?Journal of youth and adolescence,32,2,81-87.

-Gilbody,M., Whitty,P,M.,Grimshaw ,J.M.&Thomas,R.E .(2003). Improving the detection and management of depression of in primary care,Qual Saf health care,12(2),149-55

- Glass. C . R . & Shea, C. A . (1986) . Cognitive Therapy for Shyness and Social Anxiety . In W . H . Jone s , E . M . Cheakand S . R . Brigs (Ed) . Shyness Perspectives on Research and Treatmemt . New york : Plenumperss .

-Gladwell,M(1998):The pimaparadox.New york,44-57.

-Golay,A., Bclin,S.,Ybarra,J., Toti,F.,Pilchard,c. ,Picco,n.,& Allaz,A.F. (2004).Anew interdisciplinary cognitive behavioral Nutritional approach to obesity treatment:A 5-year follow up study,J.Eat weight disorder mar,9(1):29-34.

-Goodman,E.,Withtaker,R.(2002).A persective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity ,J. Pediatrics.,110(3):497-504.

-Goodrick,G.K.&Foreyt,P.(1991).Why treatments for obesity don't last.Journal of the American dietetic association,91:1243-1247.

-Gortmaker, S.L., Must,A., Perrin,J.M., Obel,A.M. &Dietz,W.H. (1993).Social And Economic Consequences Of Overweight In A dolescence and Young Adulthood.New Engel .J. Med,329(14):1008-1012.

-Gravo,D.,Todeco,T.,Banderali,A.&Guardini,S.(2004).Cognitive-Behavioral Guided Self-Help For obesity:A Preliminary Reseearch,J.Eat weight Disorder,Mar,g(1):69-76.

-Grilo,C.,Masheb,R.,Brody,M.,Burke-Martindale,C.and Rothschild ,B.(2005):Binge eating and self-Esteem predict image dissatisfaction among obese men and women seeking hariatric surgy,International Journal of eating disorders,.37, 4.347-351.

-Greenberg,I.,Perna,F.,Kaplan,M.&Sullivan,M.(2005).

Behavioral and Psychological Factors In The Assessment And Treatment Of Obesity Surgery Patients,J.Obesity Research,13:244-249.

-Griffith,J.R.(2006).Mood and Behavior change among overweight A dolescent Females.University of Kentucky:1-92.

-Hallstron,T.&Noppa,H.(1981).Obesity In Woman In Relation To Mental Illness,Social Factors And Personality Traits.J Psychosom Res:75-82.

-Harris,K.(2006).Obesity And Depression:Carrying The Weight of The World.J.MSV Health&Fitness,7:1-4.

-Hasler,G., Pine,D.S, Gamma,A., Milos,G., Ajdacic,V.,& Rossler, W.(2004).The Association Between Psychopathology and being Overweight.J.Psycholo Med,34(6),1047-57.

-Hebal,M.R.&Mannix,L.M.,(2003).The Weight Of Obesity In Evaluating Otheres :A Mere Proximity Effect.Per Soc Psycho Bell29:28-38.

-Heck,A.M.Yonvski,J.A.,Calis,K.A.,(2000).Orlistat,A New Lipase inhibitor For The Managment Of Obesity, J.Pharmacotherapy.,20:270-279.

-Hill,A.J.&,Willims,T.(2010):psychological health in non clinical sople of obese women division of psychiatry and behavioral science. International journal of eating disorders,578-83.

-Holm,K.,Carsoln,E.,Hicks,F.,Lanuza,D.,Li.S.&Spator

,N.(2001)Obesity In Adults And Children:A call For Action.Journal of Advanced nursing,36:266-269.

-Holden,J.H.,Darga,l.L.,Olson,S.M.,Stettner,D.C.,Ardito,E.A.&Lucas,C.P .(1992).Long Term Follow Up Of Patients attending Acomination Very Low Diet And Behavior Therapy Weight Loss Programme,J.Obes Relat Metab Disord.,16(8):605-613.

-Hutchinson,G.,Simeon,B.,.Bain,W.,Tucker.&Lefranc.(2004).Social and health determinats of wellbeing and life satisfaction in Jamaica,International Journal of Social psychiatry,50.(1).43-53.

-Hunsberger,B.(1999):Social Psyological Causes of Faith,New finding Offer Compelling Clues,Free Inquir,19(3):34-38.

- Hwang,J.,Norman,G.,ZabinskimCalfac,K.(2007):Body Image and Self-Esteem among Adolescets Undergoing an Intervention Treating Dietary and Physical Activity Behaviors,J.adolese Health,40,(3):245-251.

-Hwan Kim,J.(2007):Mass Media and Self-Esteem,Body Image,and Eating Disorder Tendencies,Clothing and Textile Research Journal,25,1:3-23.

-Institute of Medicine of National A cadimics(2004):Availableat:http:\\M,T,Biom,edu.com

-Iqbal,N.,Shahnawaz,M.,&Alam,A.(2006):Educational and Gender Differences in Body Image and Depression among Students,Journal of TheIndian.

-Istvan,J.zavela,L.,Weidner,G.(1992).Body Weight and Psychological Distress In Nhanes 1.,Int, J. Obes 16:999-1003.

-Institute of Medicine of The national A cademics (2004) Avaliable at :http:||M,T,Biom.edu.com.

-James,R.P&Margaret,M.P(1999):Religiosity and life Satisfaction Across the ife Course.J.Of Social Indicators Research,48,N.3,323.

-Joan,RS.,Mcdowell,M&Derek Gordon,(1997):Diabetes Staring for patients .The community Oxford University Press.

-Jones,K.(2006):Obesity Linked to depression.Diet&Health(5)13:35.

-Johston,CA.,Tyler,S&Foreyt,JP.(2010):Behavioral management of obesity.Journal of Psychosomatic Research,448-53.

-Juonala,ala,M,Torkko,N,&Raitak air,ot.(2009):Relationship of obesity with social adjustment.Circulation British Journal of Psychiatry,11,788-999.

-Kajaste,S.,Brander,P.E.,Telakivi,t.,Partinen,M.,Mustajoki,P.(2004).

Acognitive-Behavioral Weight Reduction Program In The Treatment Of Obstructive Sleep Apnea Syndrom With Or Without Initial Nosal Cpap:A Randomized Study,J. Intern Med.,253:45-56.

-Kalarchian,Melissa A.,Marcus,Marsha D.(2003):Management of the bariatric surgery petient:Is there a role for the cognitive behavior the rapist?J.Cognitive and Behavioral Practice.10(2),:112-119.

-Kent,Michael(2006).Oxford Dictionary of Sports Science and medicine,Oxford university press,384.

-Kim,Oksoo,Kim,Kyeha(2001):Self-Esteem and Depression in Korean Female Adolescents Statistical Data Included,Adolescence,36,142:315.

-Kim,I.I&Cheong,S.K.(2003):Patterns of family Support indicators research, 62.pp.437-454. -

-Klein,S.(2001).Medical Management Of Obesiy.Surgclin North Am.J,81:1052-1038.

-Kohl,H.W.&Hobbs.K.E.(1998).Development Of Phsical Activity behaviors Among Children And Adolescents,J.Pediatrics,101:549-554.

-Krothe,S.,&Yound.,PK.(2008):Fear of fat and and drem process acorrelotion in investigation,J.Development psychology,20,97-118.

-Lang,A.,&Froelicher.,ES.(2010).Management of over weight and obesity in adults:behavior al intervention for Long term weight loss and maintenance.Journal of psychosomatic Research,30,2-14.

-Lantze,H.,Pettonen,M.,Agren,L.&Togerson.(2003).A Diatry And Behavioral Programme For The Treatment Of Obesity:A4 Year Clinical Trial And Along-Term Posttreatment follow-up.,J. Inter Med.,254:272-279.

-Latha KS,Supriya Hegde,Bhat,SM,Sharma,PSVN,Pooja Rai&MBBS,DPM.(2006):Body Imag.Self-Esteem and Depression in Female Adolesc,J.Mental Health,2,3:78-84.

-Leung,L.&Lee,P.(2005).Multiple determinants of life quality:The roles of internet activities,use of new media.social support ,and leisure activities,J.Telemtric and Informatics,22,161-180.

-Liao,K.L.(2000).Cognitive Behavioral Approaches And Weight Managment:An Overview.J. Soc Health Res.120(1)27-30.

-Liebel,.l.(1995).Obesity:A game Of Inches.Pediatrics,95:131-132.

-Lindsy,Ranstrom(2004):The Influnce of Prayer and Religious belies on Measures of Life Satisfaction,Minnesota State,University Moorhead Student Academeic conference, 14.

-Loewy,M.(1998).Suggestions For Working With Fat Children In The School.Professional school counseling 1:9.

- Lois,F.,Anthony2.,B.,Catherine3,R.,Mario3,D.,Leif,P.,Paula,

-Logue,A.W.,King,G.R.(1991).Self Control and Impulsiveness In Adult Humans When Food Is A reinforcer.Appetite 17:105-120.

-Ludwing,D.S.,Peterson ,K.E.,Gortmaker,S.L.(2001).Relation Between Consumption Of Sugar Sweetened Drinks And Childhood Obesity:A prospective,Observational Analysis.Lancet ,357:5055-508.

-Luiselli,K.(1998):Comprehensive community based Education and neurorehabilitation for children and Adolescents with traumatic brain injury,J.Behavioural Intervention,13(3),263-265.

-Lyken,D&Csikzentmihalyi,M(2001):Happiness-Stuck with what you have got?J.psychologist,14,9, 470-472.

-Manos,D.,Bueno,M.,Mateos,N.&Torre,A.(2005):Body Image in Relation to Self-Esteem in a sample of Spanish Women with Early-Stage Breast Cancer,Psicoonologia,2,1:103-116.

-Malkova,Iva.(2012):Basis and effectiveness of cognitive behavioral therapy of obesity,Ceskoslovensk psycholgie. 48(4):298-305

-Martins,S.(2001):Politics and economic development.Why government adopt different stages to include economic growth,Polic studies Journal,(2),203-214.

-Matz,P E,Faster,G D&Fith,Ms,(2002):Correlaties of body image dissatisfaction among over weight women seeking weight loss C,Consultclin Psychology,70,94:4-40.

-Mason,E.E.,Renquist,K.E.,Jamal,M.&Samuel,I.(2007).Causes Of 30-day Bariatric Surgery Mortality With emphasis on Bypass Obstruction Obese Surg.,17(1):9-14.

-Mckenzic,Brad.,Compell A.,James,Race(1987):Socioeconomic Status,and Subyective Will-Being of Older&Americans, International Journal of Human Development,25(1),43-61.

-Mckenna,R.J.(1972):Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects A comparison of theSchachterian and psychology,J.Evolution&Gender,2,229-239.

-Melchionda,N.,`Besteghi,L.,Didomizio,S.,Pasqui,F.,Nuccitelli,C.,

Migliorini,S.&Baraldi,L.(2003).Cognitive Behavior Therapy For Obesity:One-Year Follow-Up In A Clinical Setting,J.Eat Weight Disorders, Sep.,8(3):188-193.

-Melendez,J.,Tomas,M.,Oliver,A.&Navarro,E.,(2009):Psychological and phsical dimentions explaining life satisfaction among the elderly:Astructural model examination. Archives of Gerontology and Geriatrics, (48),.(3),May-Jun.,291-295.

-Meichenbaum,D.(1974):Cognitive-behavior Modification.An integrative approach,New York:Plenum

-Merlijin,V.,Hunfeld,J.M.,Van der Women,J.C.,Hazebroak-Kampschreur,A.J.,Van.,Suijlekom-Smit,L.W.,Koes,B.W.&Passchier,J.(2005).Acognitive-behavioral program for adolescents with chronic pain.J,patient Education and counselling,59(2):126-134.

-Minkler,M(1986):The social component of health.American,Journal of Promotion,1,92,33-38.

-Motl,R.W.,Dishman,R.K.,Saunders,Dowda,M.(2001):Measuring enjoyment of physical activity In Adolescent Girls.Am J Prev Med,21:110-117.

-Moyad,M.A.(2004).Fed Diets and Obesity-Part 1:Measuring Weight In A Clinical Setting.Urol Rurs,24(2):114-119.

-Munsch,S.,Biedert,E.,&Keller,C.(2009):Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice.International Journal of Eating Disorder,148-154.

-Munsch,S.,Roth,B.,&Micheal.J.(2008):Randomized controlled comparison of two cognitive behavioral.Thrapies for obese children:Mother versus Mother child cognitive behavioral therapy.Journal of Psychosomatic Research,235-246

-Musaiger,D.,&Rodwn,HM.,(2010):Social and diater factors associated with obesity in university females students,International Journal of Eating Disorders,115-199.

-Myers,D.G(2000):the funds,friends,and faith of happy people.J.of American Psychologist,.32,.1:56-67.

-Myers,A&Rosen.J C.(1999):Obesity stigamatization and coping:Relation mental health symptoms body image and self-Steem,Journal of Eating Disorder,23(3):211-300.

-National Institutes of Health, National Heart,Lung and Blood Institute(1998)Clinical Guidelines On The Identification,Evaluation,And treatment of overweight And obesity In Adults,The Evidence Report Obes Res,6(2):51-209.

-Nemroff.C.C.J.,Stein,R., -Diehl,N.,&Smilach,K.M.(1994):From the C leavers to the clintons, Rolechoices and body orientation as reflected in magazine rticalle contennt.International Journal of Eating Disorders,16,167,176.

-Nezu,A.M.,Nezu,C.M.&lombardo,E.R.(2001).ManaginStress through problem solving,Stress News,13(3)July.

-Nezelk,J.B.,&Allen,M.R.(2006):Social support as a moderator of day-to-day relationships between daily negative events and daily psychological well-being .,European Journal of Personality.20,53-68.

-Newcomb,M&Harlow,N(1986):Life and substance use among adolescents mediating effects of meaning lessonss in life.Journal of Personality and Social Psychology,51,564-577.

-Nicodemo.D..Pereira.M..&Ferreira.l..(2008):Self-Esteem and Depression in Patients Presenting Angle Class.III Malocclusion Submitted for Otheognathinc Surgery.Med Oral Pathol Oral Cir Bucal.Jan1.13.1.E:48-51.

- Nutritional instate of health care management.(2003):Childhood obesity advancing effective prevention and treatment an over for health poffesional.Avialable at:

http\\www.nnce.org\nutrition.pres.html.

- Onyike.C..Crum.R..Lee.H.&Eaton.W.(2003).Is obesity associated with major deprssion?Results from the third national health and nutrition examination survery.Am J Epidemiol. 158:1139-1147.

- Orzano.A.J..&Scott .J.G.(2004)Diagnosis And treatment of Obesity Adults.J NatlMed Assoc JJ.5:20-27.

-Patterson.C.H (1986) Theories of counseling and psychotherapy. Newyork :Harper m & Rowpublishers. 452-Padwal.R.. Lio.S.K.& Lam.D.C.(2003).Long-Term

- Pharmachotherapy For Obesity and Overweight.Cocherene Database Syst Rev.(3):94.

- Pargament.K.L.&Others (1992):God Help Me(11):The Relationship of Religious.With Negative Life Events.Journal for Scientific study of Relation.31(4).264:273.32.

- Park.C.&athers(1990):Intrinisic Religiousness and Religious cbing As Life stress Moderators for catholics Versus Protestants .Journal of personality and Social Psyshology.59(3).562:574.

-Pendleton.V.R.. Goodrik. G.K..Poston.W.S.&Foreyt J.P.(2002).Exercise Augments The Effects In The Long-Term Management Of Obesity.Clinical Psychology:Science and practiesm5:526-543.

- Phelan.S..Hill.J.L.W.&Wing.R.(2003).Recovery From Relapse Among Successful Weight Maintenance.American Journal Of Clinical Nutrition.6:1079-1089.

- Pi-Sunyer.F.X.(2000).Obesity Research And The New Century.J. Obes.15:1-16.

- Pingitor.ER..Dugoni.BL..&Tindale RS..(2008):Biasagainst over weight job applications inasimuloted employment interview department of psychology finch.Journal of marriage and the Family.20.909-917.

- Poirier.P..&Despres.J.P.(2001).Exercise In Weight Loss Management of Obesity.CardiolClin.19:459-470.

- Power.W.(2006):Parenting aparatices obesity in low comm African-American preschooders.U.S.A.Cincinnaty children hospital.

- Puhl.R.M&Brownell.K.D.(2003).Phsyological Origin Of Obesity Stigma.Obes Rev.4:213-227.

- Qun.Z..(2005):An investigation on life satisfaction of Macao elderly and the influence factors .Chinese Journal of Clinical Psychology.Vol.(13).No.(3).Aug..285-287.

- Rankinen.T.. Perusse.L.. Weisnagel. S.J.Snyder. E.E.Changenon. Y.C..&. Bouchard.C. (2002):The human obesity genemap:The 2001up date.Obesity Research.10.196-243.

- Rao.K..(2007):Life satisfaction among the rural elderly In three villages of North Coastal Andhra Pradesh.Journal of Indian Psychology..(25).No.(1-5)..Jan-Jul..64-73.

-Rapoport.L..Clark.M..&Wardle.J.(2000).Evaluation Of Modified Cognitive Behavioral Programme For Weight Management.International Journal Of Obesity..24:1726-1737.

- Rajen.M.&Krista.B.(2005):Gender.religion and happiness.Journal of Socio-Economics.34:674-685.

-Ravussin.E..& Bouchard. C.(2000).Human genomics and obesity:finding aooropriate target drugs.European Journal of pharmacology.410.131-145.

-Reed.Catherine. Monz.Brigitta.Perahia. David.Ganndhi. Paul.Bauer. Michael..Dantchev.Nicolas.Demyttenaere.Koen.Garcia

-Rejeski.W.Jack..Lang.Wei.Neiberg. Rebecca H..Van Dorsten. Brent. Foster. Gray D.. Maciejewski .Matthew L..Rubin. Richard. Williamson. Dvid F.(2006): Obesity.14 (5).May2006.870-883.Obesity Research.

- Rigby.B..&Huebner.E.(2005):Do causal attribution mediate the relationship between personality characteristics and life satisfaction in adolescence psychology in Schools.42.1.91-99.

- Roberts .S.(2005): Applicabitily of the goodness of fit Hypothesis to coping with daily hassles. Psychological Report.77(3).

-Retenly.V.S.(2005).State Of Mind:The Psychology Of Weight Loss Surgery.Todays Dietitian.7(1):26.

-Rodin.J..Silberstein.L..Striegel Manthropmetric Oore.R.(1984).Women And Weight:A Normative Discontent.Nebraska Symposium On Motivation.32:267-307.

-RomeroCorrla.. montori.V.M., somers.V.K. Korinek.J. Thomans.R.J. Allison .T.G.&Lopez.J.F.(2006).Assoociation of Weight with total Mortality And with cardiovascular Events in Cornary Artery Disease:Asystematic Review of Cohort studies.Lancet.368:66-678 .

-Roysamb.E. Tambs.K.. Kjennerud.T.R. .Neale.M.C. .&Harris.J.R. (2003).Happiness and Health:eniromental and genetic contributions to the relationship between subjective well-Being.Perceived Health and somatic illness.Journal of personlity and social psychology.85.6-1136-1146.

-Roohafza.H. Sadeghi. M.Sarraf-adegan.N.Baghaei.A :Kelishadi. R .mahvash. M.Sajjadi .F.Toghianifar .N& Talei.M (2007).Short communication: Relation between stress and other life style factors.Stress and health.23.23-2..

-Sarka.Slaba.(2004):The life quality change in obese patients after short –time cognitive behavioral therapy Intervention.Cesko-Slovenska Psychiatrie.100(6):343-347.

-Salovey.P&Mayer.J.D&Caruso.D.(2002):The positive Psychology of emotional intelligence.Handbook of positive psychology.pp.159-171.

-Sallis.J.F..Mckenzie.T.L..Alcaraz.J.E..&Kolody.B.(1997).The Effects Of 2-year Physical Education Program On Physical Activity And Fitness In Elementary School Students. Am J.Public Health 87:1328-34.

-Sam.D.L.(2001).Satisfaction with life among International students:An exploratory study .Social Indicators Ressearch.53.315-337.

-Sansone.R.A..Wiederman.M.W..&Monteith.D.(2001).Obesity.Border Line Personality Symptomotology.And Body Image Among Women In A Psychiatric Outpatient Setting.Jnt.J Eat Disord.29(1):70-60.

-Sarwer.S.B..Wadden.T.A.&Foster.G.D.(1998).Assessment Of Body Image Dissatisfaction In Obes Women:Specificity Sederity And Clinical Significance.J. Consult Clin Psychol.66:651-654.

-Satter.E.M.(1995).Feeding Dynamics:Helping Children Eat Well.Journal of Pediatric Health Care.9:178-184.

-Schwarzer.R.Renner.B.(2000).Social-Cognitive Predictor Of Health Behavior:Action Self-Efficacy And Coping Self-Efficacy.J.Health Psych.19:487-495.

-Seligman.M.&Csikzentmihalgi.M.(2000).Postive Psychology.Journal of American Psychologist.55(1)4-5.

-Seligman.M.E.(2002):Positive psychology.Positive prevention and possitive therapy in C.R..Synders.L.Opezced(ed).HandBook of positive psychology.3-9.New york:Oxford university press.

-Seligman.M.&Csikszentmihalyi.M.(2000):Positiv Psychology:An introduction.J.of American Psychologist.v.55.N.1.pp:5-14.

-Shikora.S..&Blackur.G.(1997):Nutrition support theory and the rapecutics.USA.Chaman&Hall Sibbald.B.(2002).Obesity May Soon Be Leading Cause Of Preventable Death U.S.Canadian Medical Association Journal.166:642.

-Simon.M..Estber.B&Ulricb.L.(2010):Evaluation of lifestyle change programme for the treatment of obesity ingenral practice.Journal of Psychosomatic Research.1-4.

-Smith C.F.&Wing.R.R.(2000).New Directions In Behavioral Weight Loss Programs.Diabetes Spectrum.13:142-148.

-Stephen.M.Kosslyn&Robin s.Rosenberg.(2004):Psychology:the brain.The person.The world.Pearson education.Inc..USA.10.420-422.

-Steven.J.S&Howard.E.(2001):the Eqedgo:Emotional Intelligence and your success:London:Kogan page.

-Sturm.R(2002):The effects of obesity.Smoking and drinking on medical problems and costs obesity out ranks both smoking and drinking initsdeleteriouse effects on health and health coasts.21(2)245-253.

-Straws.S.R.(2000):Childhood obesity and self esteem.M.D.University of medecin and dentistry of new Jersey.105.81.

-Stick.E..Bearman.S.(2001):Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls:A Growth Curve analysis.J.Developmental psychology.37.5.597-607.

-Sugerman.H.J., Sugerman.E.L ., DeMaria.E.J. &Kellum.J.M. (2003). Bariatric Surgery For Severely Obese Adolesents.J. Gastrointest Surg,7(1):102-107.

-Taylor.L.Smitha.A.Dunnc.L.Pettawayd.C.Selling.R.Charnsagavejt.C. 522

-Thompson.J..Kevin.M&Fairburn.A.(2007):Introduction:Body image.eating Disorders.and obesity and emerging Synthesis.International journal of obesity.28(10)Oct2007.1189-1196.

-Thompson.J.K.(2009):Obesity and body image. Journal of psychosomatic research.24.38.44.

-Tkach.C.&L yubomirsky.S.(2006):How do people pursue happiness? relating personality. happiness. increasing strategies.and well-being.Journal of happiness studies.7.183-225.

Troiano.R.P..Flegal.K.M..Kuezmarski.R.J..Johnson.C.L(1995).Overweight Prevalence And Trends For Children And Adolescents.Archpediatr Adolese Med.149:1085-1091.

-Tsiros.MD..Sinn.N..&Brennan.L.(2008):Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in over weight and obese adolescents.Journal of psychosomatic research.1134-40.

-Tucker.LA&Bog well.M.(1999):Television viewing and Obesity in adult females and public health.41-81-908-911.

-Trost.S.G..Kerr.L.M..Ward.D.S.&Pale.R.R.(2001).Physical Activity In Obese And non-Obese Children.Int.J. Obes Relat Disord,25:822-829.

-Tucker.LA..Bogwell.M.(2009):Television viewing and obesity in adult females and public health.Journal of psychosomatic research.30.9088-911.

-Van Hout.G.C..Van Oudheusden.I..Van Hech.G.L.(2004)Psychological Profile of Morbidly Obese.Obes.Surg.May.14(5);579-588.

-Van Mil.E.G..Westerterp.K.R..Kester.A.D.&Saris(2007):The Effect Of Sibutramine On Energy Expenditure And Composition In Obese Adolescents.J. Clin Endocrnol Metab.Jan.30.

-Veenhoven.R(1991):Is happiness relative?.J.Social Indicators research.24.1-34.

-Viner.RM..Clark.C..&Stans.EM.(2008):Obesity and Adjustment.International journal of eating disorders.10.469-75.

-Wadden.T.A..Sarwer.D.B.&Foster.G.O.(2001).Psychological Aspects Of Obesity Surgery.Surg Clin North Am.J.Oct.82(5):1001-1024.

-Wadden.T..(2001). Benefits of Life Style Modification In the Pharmacological Treatment of Obesity:A Randomized Trial.Arch Intern Med.151:218-278.

-Wadden.T.A..Womble. L.G.Stunkard.A.J.& Anderson D.A.(2002) Psychological Consequences Of Obesity And Weight loss.In Handbook of obesity treatment.

-Wadden.T.A.& Osei.S.(2002).The Treatment of Obesity :234-245.

InWadden T.A .Stunkard A.J.(Eds)Handbook of Obesity treatment (229-248) NewYork:Guilford.

-Warschurger.P&Fromme.C.(2010).Conceptualisation and evaluation of cognitive behavioral training progromme for adolescents with obesity.International Journal of obesity(2010)25.1.593-595.

Wamsteker.E.W.,Greenen.R.,Iestra.J.K&Zelissen.P.M.(2005).Obesity-Related Beliefs Predict Weight Loss After An 7-Week Low-Calorie Diet.J. Am Diet Assee.105(3):441-444.

-Weintraub.M.,Sunndaresan.P.R Schuster.B.,Averbuch.M.M.(1992).Long Term Weight Control Study.Clin Pharmacol Ther. 51:615-8.

-Wing.R.R.(1998).Behavioral Appreaches To The Treatment Of Obesity.In G.A.Bray.C.Bouchard W.P..James(Eds.)Handbook of Obesity. New Yourk.Marcel Dekker.885-873.

-Wisotsky.W.&Swencionis.C.(2003).Congnitive-Behavioral Approaches in the Management of Obesity.Adolesc Med.14(10):37-48.

-Wilmore.J. (1983). Body compostion in sport and exercise:Direction for future reseach.Medicine and Science in Sports and Exercise.15(1).21-31.

Williams.J.M.G.Health.H., Eade.J.,Windle.G.,Cowen. P.J. .Green., M.W& Durlach.P.(2002). Mood.Eating Behaviour and attention. Psychological medicine.32.469-481.

-World Health Organization(1997).Obesity:Preventing And Managing The Global Epidemic.Report of Who Consulation In Obesity.Geniva....

-Wordly.B.Rock.CL..Coulstom. AM: (2002).Exercise and Obesity: Obsres.133-147.

-Wordly.B..Rock.CL..&Coulstom. AM.(2011). Exercise and obesity. Journal of psychosomatic research.133-147.

-Wordle.J..Cooke.L..&Kirk.S.(2009).The impact of obestity on body image.Journal of marriage and the family.20.421-40

-Wood-Dauphinee.S(1999):Assessing of life in clinical Research from where have we come and where are we going?. Journal of Epidemiology.52.4.335-363.

-Woo.J.Ng.S.Chong.A.Kwan.A.Lai.S&Sham.A(2008).Contribution of life style to postive Ageing in Hong kong.Ageneing Int.32.269-278.

-Ying.Y.W.(1995).Cultural orientation and psychological well-bing in Chinese Americans.American Journal of Community Psychology.23.6.893-911.http:\\WWW.questia.com\google scholar.

-Yu. Grass . B & Lee . D . (2008).A Model of college life (QCL) OF Students in Korea. Social Indicators Research.. 87 (2) 269 – 285.

-Zeller.MH..Kirk.S..&Damiels.SR.(2009).Psychological adjustment of obese youth presenting for weight treatment.Journal of psychosomatic research.1576-86.

-Zheng.X.Sang.D.m&lin.Q.(2004).Personality.Cognitive and social orientations and subjective well being among Chinese students.Australian psychologist.39.2.166-171.

-Ziwaan M(2001).Binge Eating Disorder And Obesity.Int. J. Obese Rerat Metab Disord.(1):51-55.

-Zika.S.&Chamberlain.K.(1992).On the relation between meaning of life and psychological well-being.British Journal of Psychology.83:133-144.

الفصل الثاني

التحكم الذاتي

1) **تعريفات التحكم الذاتي**

2) **مفهوم التحكم الذاتي**

3) **نماذج التحكم الذاتي**

4) **المبادي الأساسية للتحكم الذاتي**

5) **مكونات التحكم الذاتي**

6) **دراسات سابقة عن التحكم الذاتي**

التحكم الذاتي :

التحكم الذاتي هو إحدي الفنيات السلوكية الهامة التي تتيح للفرد إمكانية التغلب علي مشكلاته عن طريق تحقيق ضبط أو تحكم يقوم بها الفرد بنفسة بعد أن يتلقي مساعدة تمكنه من ذلك .

تعريفات التحكم الذاتي :

ويعرف (سكنر Skinner ، 1953 ، 231) مصطلح التحكم الذاتي علي أنه هو استجابة واحدة وهي استجابة ضبطية تؤثر في المتغيرات المراد تغييرها .

كما يري (باندورا ووالتر Bandura & Walters ، 1963 ، 138- 139) التحكم الذاتي علي أنه هو قدرة الفرد علي أن يتحمل تأجيل المكافأة الاجتماعية التي يجب أن يحصل عليها ، قدرة الفرد علي استيعاب عدم الوصول إلي الهدف في ضوء اختيار محكات مرجعية ومن ثم يظهر التحكم هنا في إعادة صياغة تلك المحكات المرجعية ، مدي قدرة الفرد علي مقاومة التجارب الفاشلة في حياتة والآثار السلبية لها ، ومدي قدرة الفرد علي إدراك ملابسات الموقف وتقديم المكافات الذاتية عند بلوغه الهدف .

و يري (فستر Fester ،89،1965 -90) أن التحكم الذاتي هو ذلك الأداء الذي يقوم به الفرد ويؤدي إلي تغيير العلاقة بين سلوكه وبيئته لكي يقلل النتائج المنفرة نتيجة تصرفة ، ويصل في النهأية إلي إستجابات وسلوكيات أكثر ملائمه وتكيفاً مع البيئة .

وينظر (كانفر Kanfer ، 1970، 178) إلي عملية التحكم الذاتي بإعتبارها شكلاً من أشكال تعديل السلوك الذي يحدث عن طريق تغير العوامل التي جاء هذا السلوك نتيجة لها ، ويعرف التحكم الذاتي علي أنه تلك العملية التي يستطيع الكائن الحي من خلالها أن يقلل من إحتمال الاستجابات غير المرغوب فيها بتغير تلك المتغيرات التي تعتبرداله لها ويعلق سكنر علي ذلك بأن السلوك يحقق تعديل الاستجابات المعاقبة سوف يتم تدعيمه بشكل إلي أو تلقائي .

و يري كلاً من (كانفر وكالرولي Kanfer , Karoly ، 1972، 398) أن التحكم الذاتي هو تلك العملية التي يمكن للفرد من خلالها أن يعبر أو يعدل من إحتمال ظهور الاستجابات سواء كان التدعيم الخارجي متاحاً أو غير متاح ، ويتم ذلك من خلال ثلاث عمليات أساسية هي (مراقبة الذات – تقييم الذات – وتدعيم الذات) .

يري أيضا (كالرولي Karoly، 1977، 200)) التحكم الذاتي بأنه هو استجابة خاصة معقدة تسمي الاستجابة والضبطية الذاتية وهي ليست فورية ، وذلك لاحتمالية تغير الاستجابة التي تهدف إليها والتي تسمي الاستجابة الطبيعية .

كما يري أيضاً كلاً من (كندال وويلكوكس Kendall , Wilcox، 1979، 1022) أن التحكم الذاتي الفرد فيه يتسم بالتروي والتأني ويكون لديه القدرة علي تنفيذ السلوك الذي تم إختياره ومنع السلوكيات المستبعدة معرفياً ، أي أن الفرد الذي يتمتع بالتحكم الذاتي يتسم بالتروي والتأني ، حل المشكلات ، التخطيط ، التقدير والتقويم ، لذا ينظر الفرد المتسم بالتحكم علي أنه غير متهور .

كما يشير (ببلاك وهيرسون Bellack , Herson ، 1980 ، 235) إلي أن التحكم الذاتي هو سلسلة من الاستجابات الخاصة ، والاستجابة الأولي في هذة السلسله هي مراقبة الذات وأن هذه الاستجابة يمكن أن تقارب ببعض المعايير ، والاستجابات الثانية هي تقدير الذات ، والاستجابة الثالثة هي تدعيم الذات بالثواب والعقاب حيث يمكن للفرد أن يكافئ نفسه ثواباً وعقاباً.

كما تشير(ريم Rehem، 1981، 454) أن التحكم الذاتي يعني الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهدف طويلة المدي ، ثم العمل علي اتخاذ خطوات تجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها .

ومن وجهة نظر (بريجهام Brigham ، 1982 ، 33) فإن التحكم الذاتي هو قدرة الفرد علي توحيد أو دمج سلوكة في بيئته ، أي أن التحكم الذاتي هو علي نحو بسيط تطبيق قواعد و إجراءت تحليل السلوك لتعديل تفاعلات سلوك الفرد وبيئتة بواسطة الفرد ، أي أن الفرد الذي يتم تعديل سلوكه هو نفسه الذي يقوم بالتعديل ، وهدف هذا التحليل والتعديل في أي وقت يمكن أن ، يكون حصيلة استجابة الفرد أو بيئته أو كليهما . ويشير التحكم الذاتي إلي أنواع معينة من احتمالات الاستجابات التي تسبب صعوبات الفرد .

ومن وجهة نظر (ليترونيك Litrownik ، 1982، 320) فإن التحكم الذاتي هو استجابة من الاستجابات التي يمارسها الفرد ليوجه أو يؤثر علي سلوكه في ظل الغياب النسبي للحوافز الخارجية ، وهذا يعني أن الأفراديظهرون سلوك التحكم الذاتي عندما يحاولون ضبط جانب من الجوانب عن طريق الإنخراط في أفعال أخري خاصة أو عامة .

كما يشير (مورو Morrow ،1985، 503) إلي أن التحكم الذاتي هو قدرة الفرد علي توجيه سلوكه الشخصي والتحكم فية بصورة ملائمة دون ضبط خارجي في أي موقف يتم إعطاؤه له . ويتم التحكم الذاتي من خلال ثلاث عمليات أساسية هي(مراقبة الذات ، تقييم الذات ، تدعيم الذات).

ويري أيضاً (عبدالوهاب محمد كامل ،1989، 464) أن التحكم الذاتي هو مهارات نفسية مركبة يمكن أن يمارسها الفرد ويتدرب عليها ويظهر التحكم الذاتي في (الوعي بالذات ، تقييم الذات وتدعيم الذات) وذلك من الناحية النفسية ، ومن الناحية الفسيولوجية يظهر التحكم الذاتي في مجموعة المؤشرات الفسيولوجية التي تتغير كلما تغيرت حالة الفرد الإنفعالية .

ويشيركلا من (دياز وفروهوف Diaz & Fruhauf ،1991، 283) إلي أن التحكم الذاتي هو قدرة الفرد علي الاستجابة لأوامر وتعليمات وتوجيهات من يقوم علي رعأية الفرد في غيابه . وبعبارة أخري فإن السلوك المضبوط ذاتياً يتضمن القدرة علي التصرف في ظل الغياب النسبي للتركيب والتكوينات الخارجية المؤيدة أو المدعمة وفقاً لأمر توجيهي قد أصدرته جهة خارجية في الأصل ، أي أن الفرد الذي يمارس التحكم الذاتي يكون مصدر المثير وكذلك مصدر الاستجابة ، فالسلوك المضبوط ذاتياً هو إلي حد ما استجابة صادقة لأمر توجيه حددته أو أصدرته جهة خارجية ولكن الفرد هو الذي يردده ويكرره في غياب من يقوم علي رعأيته .

ويذكر كلا من (ميلر وبرأون Miller & Allsop ،1991، 7) إلي أن التحكم الذاتي يعني القيام باستجابات تحكم محددة لتغيير احتمال حدوث السلوك اللاحق وعادة مأيتم ذلك بتقليل أو استبدال سلوك سابق ذي احتمال أعلي ، ويعتمد ذلك علي الإرادة أو الاختيار حيث الاستجابات الضابطة و يمكن تميزها عن الاستجابات فقط عن طريق النية . وبشكل عام ، يشير التحكم الذاتي إلي وضع أو سمة يفترض أنها موجودة لدي الأفرادبدرجات متفاوتة . فالأفراد يختلفون في أبعاد مهمة تؤثر علي الميل أو القدرة علي الاشتراك أو الانخراط في سلوك التحكم الذاتي وإذا فكرنا في التحكم الذاتي علي أنه خاصية تتعلق بالنية لدي الأفراد فإنه يمكن النظر إليه علي القدرة علي صيغة أوتشكيل خطة واتباع هذه الخطة خلال الظروف المتغيرة . وفي ضوء هذا الإحساس المرتبط بالسمات فإن التحكم الذاتي يتطلب اكتساب وتوحيد ودمج وتوظيف عدد كبير من المهارات المكونة للتحكم .

ويعرف (ويلكنسون Wilkinison ،1991، 108- 109) التحكم الذاتي بأنه هو المنع الواعي لإستجابة قريبة يكمن التنبؤ بها في ضوء توقع نتائج غير ملائمة لهذه الاستجابة ، وهو يعني كذلك كبح الفرد لعواطفه ورغباته وأفعاله بواسطة إراته .

ويعرف أيضاً (كمال محمد الدسوقي ، 1993، 1334) التحكم الذاتي بأنه يعني ضبط ما يمارسه الفرد علي مشاعره واندفاعاته وتصرفاته ، القدرة علي كف أو كبت السلوك الاندفاعي أو الاندفاعات ، قدرة كبح الاندفاع أو كف سلوك السعي إلي الهدف في سبيل هدف أكثر شمولاً .

ويري (محمد علي كامل ، 1996، 72) أن التحكم الذاتي هو تمكن الفرد من ملاحظة ذاته وسلوكه في المواقف المختلفة ليتمكن من تقييم سلوكة في ضوء معيار يحدده وبالتالي يصبح قادر علي استجاباته والتحكم فيها من يحدده لعمية تدعيم الذات .

وقد أشار (حازم البيلاوي ، 1997، 183-186) إلي أن السيبرنطيقا **Cybernetic** وهي تعني علم التحكم ، والاتصال في الحيوان والآله وعلم التحكم مأخوذ من الكلمة اليونانية **Kubernetes** ومعناها ربان السفينة وذلك لما يرتبط بربأن السفينة من معني التوجيه والتحكم وقد ساعدت السيبرنطيقا علي ظهور ونمو علوم جديدة ، ومنها بحوث العمليات وتجهيز ومعالجة المعلومات .

ويري كلا من (محمد محروس الشناوي ، ومحمد السيد عبدالرحمن ، 1998، 191-192) أن التحكم الذاتي عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك يبدأه الفرد عادةً بنفسه بتأثير من فرد آخر في البدأية بغرض التأثير علي سلوكه الشخصي . وباقتراض أن السلوك يتأثر بخليط من المتغيرات الداخلية والخارجية يمكن النظر إلي السلوك علي أنه قد يكون مضبوطاً بشكل تام من الخارج أو أنه قد يكون مضبوطاً بشكل كبير من الداخل ، وإذا كان لدي الفرد القدرة علي القيام ببعض الإجراءت لتعديل لسلوكه بدون الاعتماد علي إرشادات أو تلقين أو معززات من خارجه ، فإن مثل هذه الإجراءت تعرف بأسلوب التحكم الذاتي .

كما يعرف (محمد السيد عبدالرحمن 1998، 655) التحكم الذاتي بأنه هو ما يظهره الفرد عندما ينخرط في سلوك تكون احتماليتة أقل من استجاباته الراهنة . وفي حالة التحكم الذاتي تكون الاستجابة المرغوبة غير سارة بشكل فوري ولكنها تعطي نتائج مرغوبة علي المدي البعيد ، في حين أن الاستجابة الراهنة تحقق السعادة الفورية ولكنها تعطي نتائج سيئة علي المدي البعيد .

ويعرف كلا من (ميرسلوكوفتا وأخرون Mirslqw Kofta et al ،1998، 5) التحكم الذاتي بأنه هو قدرة الفرد علي تنفيذ نوأياه ومخططاته عندما يكون الفرد ضابطا لموقف ما ، فإنه يستطيع التأثير في النتيجة لتكون كما يريدها .

كما يعرف (عبدالوهاب محمد كامل ، 1998 ، 271) التحكم الذاتي هو قدرة مركبة تحدد صورة تقييم الفرد لنفسه ووعيه بظروف النجاح والفشل وممارسته أسلوب المكافأة الذاتية والعقاب الذاتي .

وتري (لورا مورأي Laura Murray ، 2002 ، 51) أن التحكم الذاتي هو مقابل الاندفاع ، وهو عملية تواجد أثناء الغياب النسبي للقيود الخارجية الحالية وأثناء قيام الفرد بسلوك كان ذو احتمالية أقل فيما مضي ، ومن ثم تكون الحاجة إلي التحكم الذاتي عند الحاجه إلي تعلم سلوكيات جديدة أو الحاجة إلي القيام باختيارات وكذلك عندما يثبت عدم فعالة نتائج الاستجابات المعتادة .

مفهوم التحكم الذاتي :

أن يكون لديك تحكم في حدث ما يعني أن تسيطرعلي هذا الحدث وتؤثر فيه عن طريق توجيه وتنظيم هذا الحدث لنفسك .وبشكل واضح تختلف الأحداث في امكانية تحكمها .

وبغض النظر عن الطبيعة الذاتية للموقف ، يتنوع الأفراد في تقيمهم للتحكم الذاتي في أحداث خاصة وفي حياتهم بشكل عام . يشعر بعض الأفراد أنهم يمكنهم تقريباً القيام بأي شئ إعداد له ذهنياً ، ويشعرالبعض الآخر أن الأحداث تنتج في الغالب من أفعال الآخرين أو من الحظ الجيد أو السيئ . ومع ذلك ، بالإضافة إلي الفروق في التحكم قد توجد فروق في مرغوبية التحكم أو التحكم. مما لاشك فيه أن الأفراد غالباً يعانون من نقص التحكم في بيئاتهم . ومع ذلك ففي بعض الحالات قد يفقد التحكم الذاتي جاذبييته وعلي الرغم من أن تحقيق التحكم ملاحظ تماماً في الحياة اليومية ، فإنه لم يتم التركيز عليه في النظريات النفسية الأساسية للتحكم . ويلعب التحكم الذاتي دوراً هاماً جداً علي مستوي البحث والنظرية في موضوعات عديدة في علم النفس . وقد أكد العلماء في هذا المجال علي الدافع الإنساني للسعي إلي تحقيق التحكم .

افترض(أدلر Adler ، 1959) أن إظهار كفاءة الفرد وسيطرته علي الأحداث قوة دافعية أساسية وأوضح (وأيت White، 1959) أن لدي الأفراد حاجة لمعاجة وضبط بيئاتهم من أجل تحقيق تغيير فعال في البيئة . ووصف (كيلي Kelly ،1955) الإنسان كعالم دائما بفارق بين التوقعات والإدراكات في محاولة للحصول علي مستوي مرضي من القدرة علي التنبؤ والتحكم (باندورا Bandura ،1977) في مفهومه للكفاءة الذاتية رغبة الفرد في أن يكون فعالاً في بيئتة ، وأورد ذلك أيضاً (ديتشارمس Decharms ، 1968) في نظريتة للغزو السببي ، (ديسي Deci ،1975) في نظريته لمفهوم الدافع الفطري ، وفي نظريات أخري عديدة لها تأثير كبير علي علم النفس المعاصر . ووجدت الدراسات أن التحكم له مميزاته ، علي سبيل المثال ، وجد أن الأفراد في المواقف الضاغطة عندما يعتقدون أن لديهم تحكماً ، سواء أكان لديهم تحكم بالفعل أم لا ، فإن استجاباتهم للضغط تقل .

ويشيركلا من(ميروسلوكوفتا وجيفورد Miroclaw Kofta & Giffoed ،1998، 319-320) إلي أن نقص التحكم الذاتي يضعف الأداء . وفي الجلسات التطبيقية ، أوضحت الأبحاث أن الإحساس بالتحكم يحسن الأداء والإنجاز الدراسي ، ييسر عمليات التعلم ، يقلل الاكتئاب والبارنويا وعلاوة علي ذلك ، كانت هناك محاولات ناجحة لتحسين الصحة وتحسين نوعية الحياة بمعالجات تهدف إلي زيادة التحكم الذاتي .

ويشير أيضا (عبدالستار إبراهيم ، 1994 ، 343) إلي أن المعالجون السلوكيون قد شعروا بحاجة الناس إلي طرق سريعة وفعالة لمساعدتهم علي تنمية قواهم الذاتية وتعديل إنماط وأساليب التكيف السيئة لديهم ، مما جعل هؤلاء المعالجين يفكرون في ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه ، وتعرف هذه الأساليب علي أنماط طرق للعلاج الذاتي أو التوجيه الذاتي أو التحكم الذاتي .

ويشيركلا من (ميلر وبراون ، Miller & Brown ، 1991 ، 7) إلي أن التحكم الذاتي يلعب دوراً هاماً في تشكيل وتوجيه السلوك الإنساني ، إلا أنه لا يمكن النظر إلي السلوك البشري علي أنه يتم توجيهه كلياً بواسطة الاختيار الشخصي . توضيح إسهامات علم النفس الحديث بجلاء أن السلوك يمكن أن يتأثر تأثراً قوياً بالمحددات الجينية ، الأحداث الصادمة ، الظروف الاجتماعية والبيئية ، الإنماط الوالدية ، قوانين التعلم والإدارة ويمكن أن تعمل كثير من التأثيرات خارج نطاق الشعور الوعي .

ويري (ويلكنسون Wilkinison ، 1991 ، 108) أن مفهوم التحكم الذاتي مفهوم قديم وقد أندرج تحت عدة مسميات . وبشكل عام فإن التحكم الذاتي يشير إلي كبح العاطفة بواسطة العقل أو سيطرة العقل علي العاطفة . ومن الواضح أن التحكم الذاتي يعتبر صفة من صفات الذات وخصلة من خصالها . وعند تعريف التحكم الذاتي فإن علي الفرد أن يصور جوانب الذات التي ترفض التحكم وأن يصف الظروف أو الشروط الفاصلة التي تفصلها عن الجوانب المضبوطة من الذات إن وجدت .

ويري كلا من (سوندرز والوب Saundrers &Allop ، 1991 ، 283) أنه من الضروري أن نلاحظ أن مفهوم ضبط الذات ليس مفهوما خاليا من القيمة، بل أنه ينظر إليه بطريقة حتمية علي أنه خاصية قيمة وهامة ومرغوب فيها وأن نقص ضبط الذات يستحق اللوم .إن تاجيل الإشباع والمطالبة بفعالية منتجة ، استهجان عدم الإنسجام ، و التعاطي والادمان كل ذلك يتصل بفكرة التحكم الذاتي ، كما أن مصطلحات مثل التحكم الذاتي ، التنظيم الذاتي ، الكبح الذاتي، فاعلية الذات ، وتقدير الذات كلها تركيبات نفسية فردية غالبا تعتبر خصائص أو خصال يمتلكها الفرد . وغالبا ما يتم إدراك أن الفرد الذي يتمتع بالتحكم الذاتي سوف يتصرف بشكل عام بطريقة يغلب عليها التنظيم ، في حين أن الأفرادا لذين يقل حظهم من هذه الخاصية سوف يستجيبون للحياة بشكل أقل تنظيما ، وبهذه الطريقة يفهم التحكم الذاتي علي أنه سمة من سمات الشخصية لدي كل فرد فيها مقدار قد يزيد أو ينقص،وكذلك فإن مصطلح التحكم الذاتي يتضمن أن مسؤلية التحكم الذاتي تقع علي الفرد وأن الفشل في السيطرة علي سلوك الفرد يعتبر فشلا للفرد.

ويري كلا من (ميروسلوكوفتا وجيفورد MirolawKofta &Gifford ،1998، 66-67) أنه يوجد في كل عملية للتحكم الذاتي نوعين من الأهداف يجب تحقيقها ، تحقيق السلوك المستهدف المنشود والتحكم الذهني للاستجابات الداخلية والأفكار والمشاعر، التي تتداخل مع التحقيق السلس للسلوك المستهدف من ناحية فيجب علي الأفراد أن يكون لديهم دافعية ذاتية للحتفاظ بالانتباه والمجهود في المهمة (توجيه المهمة) عندما لا تكون المدعمات الخارجية الفورية متاحة . ومن ناحية اخري عليهم أن يكون لديهم ضبطا للحالات الداخلية التي تتداخل مع التحقيق السلس للمهمة (توجيه الحالة). وفي الواقع فإن الأفرادالذين يحاولون أن يضبطوا سلوكهم ذاتيا تواجههم قوتان دافعتان داخل أنفسهم. من ناحية ، فإنهم يدفعون لتحقيق سلوك مستهدف مقرر ذاتيا ، ومن ناحية اخري ، يكون لديهم دافع لضبط ردود الأفعال النفسية التي تعيق أية تغيرات سلوكية واضحة ويتميز التحكم الذهني بردود الأفعال النفسية العكسية غالبا بمجالات لكبت وتجنب ردود الأفعال هذه. ولسوء الحظ ، في أمثلة عديدة ، كلما حاول الأفراد أن يضبطوا أفكارهم ومشاعرهم ،

كلما أصبحت الأفكار والمشاعر أقوي .علي سبيل المثال ، عندما يحاول الأفراد الأيفكروا في مثير معين ، فإنهم غالبا لا ينجحون حيث أنهم يجيدون أنفسهم يفكرون في المثير ذاته الذي يحاولون أن يتجنبوه . وعلاوة علي ذلك ، عندما يكبت الدافع لتقليل المشاعر غير السارة الدافع لتحقيق الهدف السلوكي المرغوب ، قد يخفق الأفراد في التحكم الذاتي لسلوكهم . وعلي الرغم من أنه قد يبدو تناقضا الا أن أحد الأسباب الرئيسية للاخفاقات في التحكم الذاتي المحاولة الجادة للتحكم المطلق لاستجابات الفرد الداخلية. وعندما يتبني الفرد الاعتقاد بأنه يجب أن يكون لديه ضبطا في القلق قبل أن يفعل شيئاً قد يثير القلق ، فإن الفرد علي الأرجح لا يكون قادراً علي ضبط قلقه في الواقع ، فإن العائق الأ كبر في علاج الأفراد الذين يعانون من مشكلات مثل الفوبيا، الادمان ، واضطرابات الاكل وافتقارهم لحقيقة أنهم لن يمكنهم ابدا أن يكون لديهم ضبطا كاملا لحالاتهم المزاجية وأفكارهم وسلوكياتهم .

وعليه يقول (كيسكيمتي Kesckemeti ، 1965 ، 5 - 16) " عليك أن تضبط ذاتك" فإن كلمة ذات هنا تكون هي موضوع التحكم وكلمة "ذاتك" هي ما يتم التحكم فيه ، اذن ما هو الجانب من الذات الذي تقع عليه عملية الضبط ؟ إنه قد يكون الرضا، التعبير عن العدائية، الألم، البهجة الخ. إن الذات في التحكم الذاتي ليست فقط في ما يقع عليه التحكم وإنما هي في نفس الوقت" الموضوع" عامل التحكم والذي يتم به الضبط. علي أية حال فإن الإنسان قد برهن بضبط ذاته أنه سيد نفسه. ويجب علي الإنسان أن يضبط ذاته كي يكون قادرا علي التعبير التلقائي دون استسلام للضغوط الداخلية. وقد ركز بعض الباحثين في دراساتهم حول علاقة التحكم بالذات الاجتماعية، الجسمية، والثقافية . وكان التركيز بشكل واضح حول" إليوجا ونظرية الشخصية" وأن" إليوجا" تعلم الأداء الجسدي مثل وضع الجسم والتحكم في عملية التنفس.والذات التي يتم ضبطها تصبح ذاتا اجتماعية . ويؤكد التراث البحثي في هذا المجال علي قدرة الإنسان علي ترجمة سيادة الذات إلي التحكم في البيئة .

وقد ركز (بريجهام Brigham ، 1978 ،274) علي البيئة وليس علي الفرد ، حيث لوحظ أن الأفراد يتعلمون الكثير من مهارات التحكم الذاتي ، وأنهم سيصبحون قادرين علي معالجة بيئتهم بطريقة إيجابية .

ومن خلال التراث البحثي يشير (كلوسنر Klausner ، 1965 ،21) إلي أن هناك أربعا ً من صور التحكم الذاتي :

يمكن أن يتحكم الفرد في نفسه وذلك باختيار بيئته ومثيرات يتم اختيارها واستنباط مادة للاستجابات المرغوب فيها.

إن التحكم قد يعني تيسير وتسهيل السلوك الطيب وكف السلوك السئ وذلك عن طريق ممارسة بعض العادات وفهم بعض العادات الآخري .

قد يكون للضبط الذاتي فكرا للحصول علي تناغم مع الطبيعة . وهذا يستدعي تناغما سلوكيا مع الحالة الجسمية أو الشخصية.

إن التحكم قد يتضمن إدراك أن التهديد الموجه للذات عملية لا يمكن أن تنكرها وأن الإنسان قد يقبل التهديد كجزء من موقف الحدث ، ولكن يستطيع بواسطة التحكم الذاتي أن يزيل هذا التهديد تدريجيا .

كما يري (ميروسلوكوفتا وآخرون Miroslaw Koftaet، 1998، 64-66) أن الفرد لا يستطيع أن يضبط خبراته الحالية ، فإن كل عمليات التحكم الذاتي تشير إلي ضبط استجابات الفرد للخبرة ، إن السؤال الذي يطرح نفسه في هذا السياق هو مإذا يريد الفرد أن يضبط ولأي غرض . وعموما يمكن القول أن هدف سلوك التحكم الذاتي هو التغلب علي أي مدي واسع من العوائق المولدة ذاتيا من اجل سلوك مستهدف مرغوب.

ويلخص الجدول التالي الوظائف الثلاث لسلوك التحكم الذاتي

أنواع التحكم الذاتي			
	تعويضي	إصلاحي	تجريبي
الأهداف	- جعل السلوك الحالي مستهدفا - تقليل التأثيرات التداخلية للخبرات الداخلية . - تحقيق	- تغيير العادات الحالية - التدخل في السلوك الحالي واستبدالة بسلوك جديد محدد بشكل جديد . - خلق	- تيسير توليد سلوكيات جديدة - تقليل التدخلات في الخبرات الإنفعالية والخبرات الآخري الحالية . - خلق
المهارات المطلوبة	- تنظيم للإنفعال والتفكير(كبت ، التفكير ، تشتت الذهن ، إعادة الصياغة المعرفية) .	- التخطيط . - تأخير الإشباعات الفورية - حل المشكلات . - تنظيم الإنفعالات والتفكير	- امتصاص الخبرة الحالية . - إطلاق العنان للتفكير التحليلي - التركيز علي الأحاسيس والمشاعر . - خلق المشاعر . - تقبل خبرات جديدة .

جدول(1) : الوظائف الثلاث للتحكم الذاتي

ويمر الأفرادبعدد من المراحل قبل أن يقرروا بشكل نهائي أن يضبطوا سلوكهم . وتبدا سلسلة الأحداث التي تؤدي بالأفراد إلي التفكير في ضبط سلوكياتهم بادراك أن ردود الأفعال التجريبية تتداخل مع القدرة علي الحصول علي السلوك المرغوب .

تتضمن العديد من مشكلات التحكم الذاتي مقاومة الذات ، تعلم تقليل السلوكيات المفرطة التي لها مكافأة فورية ، مثل الإفراط في الأكل أو مشاهدة التليفزيون .

وتتضمن المشكلات الآخري للضبط الذاتي تغيير سلوكي في الاتجاه المعاكس ، استجابات تحتاج إلي أن يتم زيادتها ، مثل المذاكرة ، التدريب أو التوكيدية .

كما يشير كلا من (كاري مارتين و بيير Carry Martin & Pear ،1996، 213-216) إلي تلخيص أسباب مشكلات التحكم الذاتي هي :

مشكلات الإفراط السلوكية : وهي احدي أنواع التحكم الذاتي والتي تعني القيام بشيء ما بشكل مفرط أو مبالغ فيه مثل الشره في تناول الطعام أو المشاهدة المفرطة للتليفيزيون. وتؤدي كل هذه الإفراطات السلوكية إلي مدعمات فورية مثل المذاق الجيد للطعام أو المشاهدة الممتعة للتليفيزيون ، ومع ذلك فهي قد تؤدي إلي نتائج سلبية وغير فعالة فيما بعد في الغالب وذلك لما يلي :

المدعمات الفورية في مقابل العقابات المتأخرة : إذا أدي السلوك إلي مدعمات فورية ولكنه ادي كذلك إلي عقابات متأخرة، فغالبا ما تتفوق المدعمات الفورية. وتنتج الكثير من مشكلات التحكم الذاتي من هذه الحقيقة .

المدعمات الفورية في مقابل العقابات الواضحة المجمعة : بالنسبة للعديد من مشكلات التحكم الذاتي فإن التدعيم يتفوق علي التأثيرات السلبية الفورية غير الملاحظة والتي تكون واضحة عند تراكمها .

المدعمات الفورية للسلوك المشكل في مقابل المدعمات المتأخرة للسلوكيات المرغوبة البديلة : تشمل مشكلات التحكم الذاتي علي الاختيار بين سلوكين بديلين، ويؤدي كلا منهما إلي نتائج إيجابية ويتفوق السلوك الذي يؤدي إلي تدعيم فوري بشكل متكرر .

2 - **مشكلات عدم الكفأية السلوكية أو العجز السلوكي :** يتكون نوع آخر لمشكلة التحكم الذاتي من الاستجابات التي هي في حاجة إلي أن تزداد ، وتؤدي هذه السلوكيات في الغالب إلي عقابات صغيرة فورية . وعلي الرغم من أنه قد تتواجد نتائج إيجابية إذا ما تواجدت هذه السلوكيات أو نتائج سلبية كبيرة إذا لم تتواجد ، فإن كلا من هذه النتائج يكون في الغالب غير فعال وذلك

لما يلي :

ا) تكون العقابات صغيرة وذلك في مقابل مدعمات تكون واضحة فقط إذا ما تراكمت .

ب) يكون العقاب صغير فوري للسلوك وذلك في مقابل عقاب كبير فوري ولكنه غير محتمل بدرجة كبيرة إذا لم يتواجد السلوك .

ت) يكون العقاب صغير فوري للسلوك وذلك في مقابل عقاب كبير متاخر إذا لم يتواجد السلوك.

كما يقول (محمد السيد عبد الرحمن ، 1998 ، 655) إن القدرة علي تحقيق التحكم الصارم علي تصرفاتنا تعتبر هي العامل المفسر لتحقيق حياة فعالة ومنجزة في المجتمعات المتقدمة الراهنة . ولسوء الحظ فإن العديد من الأفراد يفتقدون مهارات التحكم الذاتي ، ولذا فإنهم لا يحيون حياة فعالة كما يتمنون . ويستطيع كلا منا أن يزيد التحكم لكل ما يقوم به من سلوكيات علي مدار حياته لكي يوجه نفسه نحو الأهداف التي يريدها.

ويشير (ميروسلوكوفتا وجيفورد Miroslaw Kofta & Gifford ، 1998 ، 5- 6) إلي أنه

توجد العديد من الظروف التي يفتقر فيها الفرد إلي القدرة علي الضغط الذاتي ومن هذه الظروف

عدم القدرة علي التأثير في النتيجة كما يريدون وبالتالي عليهم أن يحسنوا مهاراتهم كي يحسنوا ضبطهم .

علي الرغم من القدرة علي إظهار التحكم يفتقر الأفراد إلي القدرة علي التغلب علي الدوافع الأساسية التي يدركونها ، وفي هذه المواقف ، علي الرغم من قدرة الأفرادعلي تحديد دوافعهم غير التكيفية - فإنهم يكونون غير قادرين علي ضبطها .

تأثر المنطق الواعي لدي الأفراد بالمعالجة الآلية للمعلومات فيما قبل الوعي ، وفي مثل هذه المواقف يعتقد الأفراد أنهم يتصرفون كما ينوون .

ومع ذلك فهم ينوون بشكل عام أن يتصرفوا علي نحو عقلاني وأن هذه النية هي التي تفسدها معالجتها الآلية .

ستحدد سلوك الأفرادعن طريق الحساسية والإجبار وهي طرق صادقة لرد الفعل يتم تعلمها تحت ظروف من الإثارة العالية والتي يكون لدي الأفراد صعوبة كبيرة في تغييرها .

تأثر سلوك الأفراد بالمحتوي أو الدوافع اللا وعيية غير المترابطة أو الذهنية المكبوتة ، وتقدم مثل هذه المواقف أكبر الأمثلة علي السلوك الغريب الذي ينبع من الأنا ولا يمكن ضبطه.

ويوجد عدد كبير من العوامل التي تؤثر في نمو التحكم الذاتي. فيزداد التحكم الذاتي مع العمر، ويكون ذلك بشكل وأضح أسرع لدي البنات عنه لدي الأولاد. ومن العوامل المسؤلة عن زيادة التحكم الذاتي نمو القدرات المفاهيمية، الذكاء ، السلوك اللغوي ، القدرة علي تاخير الإشباع ، وتعلم استراتيجيات ضبط ذاتي عامة،ويوجد كذلك اختلافات واضحة في التحكم الذاتي كوظيفية للثقافة ، علي الرغم من أن العوامل المسؤلة عن زيادة التحكم الذاتي لم يتم معرفتها علي نحو دقيق حتي الآن .

كما يري (لووج Louge، 1995، 52) أنه توجد بعض الفروق الفردية في التحكم الذاتي والتي قد تكون ثابتة مع الوقت علي سبيل المثال ، إذا كان أحدهم مميزا نسبيا في القدرة اللغوية فإنه قد يكون مميزا نسبيا في مواقف التحكم الذاتي . وفي الواقع يبدو أن الفروق الفردية في التحكم الذاتي ستستمر مع الوقت وفي نفس الوقت يمكن أن يتنوع التحكم الذاتي بقدر كبير كوظيفة للموقف الخاص

وقد تبنت بعض الأعمال الخاصة بنمو التحكم الذاتي وجهة النظر التي تقول بما يلي:

1) التحكم الذاتي السلوكي للأطفال هو مجموعة الوظائف النفسية التي تتضمن قدرة عالية علي الترتيب والتي تكون لها أصول اجتماعية في أنها تنبثق في جزء منها من تاريخ التفاعلات الاجتماعية للاطفال مع من يقومون علي رعأيتهم خلال نشاط مشترك.

2) يعكس تطور التحكم الذاتي تحولا تدريجيا في نقل المسؤلية ممن يقوم علي رعاية الطفل إلي الطفل نفسه.

3) يتحقق التحكم الذاتي عن طريق بنية خاصة وإدخال لغوي وأدوات ثقافية اجتماعية اخري لدي الاطفال من خلال النشاط المشترك مع القائمين علي رعأية الطفل.

ويشير كلا من (لورا وموري Laura & MurrarK ، 2002 ،50) أنه قد دعم عدد كبير من واضعي برامج التحكم الذاتي المؤثرة النظرية القائلة بأن ادخال الأوامر اللفظية هو الخطوة الحاسمة في تطوير الطفل لضبط اختياره لسلوكه. وبشكل عام وجد أن اختيار مدعمات متاخرة يرتبط بالعمر والقدرة اللفظية . ووجد كذلك أن التحكم الذاتي يرتبط بالتعليمات الذاتية والنمذجة المعرفية وبشكل محدد وجد أن فنيات العلاج السلوكي ينبغي أن تمتد لتشمل المعارف الأساسية للتعامل مع أشكال سلوكية معقدة مثل الاندفاع والعدوان. وبالاضافة لذلك وجد أن الأطفال الاندفاعيين يمارسون ضبطا لفظيا أقل علي سلوكياتهم الحركية ويستخدمون لغة مقنعة بطريقة وسيلة أقل مقارنة بالأطفال المترويين.

ومن ثم فإن ادخال العبارات الذاتية قد اصبح محددا للضبط الذاتي وجوهريا في النمو الطبيعي للعملية المنظمة للسلوك. وفي علاقته باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة فإن أحد المفاهيم المعرفية للضبط الذاتي هو قدرة الطفل الإجرائية كي يخطط ، ويرشد ، يتحكم ، ويؤخر في السلوك عن طريق القواعد واللغة كي يحصل علي أهداف شخصية ويفي بالمتطلبات الموقفية. علي سبيل المثال، وجد أنه علي الرغم من أن الأولاد في عمر (6- 8) سنوات الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يستخدمون تنوعا من استراتيجيات التحكم الذاتي اللفظي أثناء حل المشكلة ، فإن لغتهم الخاصة يتم إدخالها بدرجة أقل ارتباطا بالانتباه والسلوك وقد أوضحت بعض الأبحاث أن اللغة الخاصة بالأطفال الاندفاعيين قد تكون أقل طبيعية وأقل إرشادا مقارنة بالأطفال ذوي التحكم الذاتي .

كما يري (ميروسلوكوفتا وجيفورد MiroslawKofta & Gifford ، 1998، 5 -6) أنه وعلي الرغم من أن الإنسان يشترك في العديد من المظاهر مع الحيوان ، فإن النظام الذي من خلاله يضبط الإنسان سلوكه يختلف بشكل جذري عن ذلك الموجود في الحيوان، فبدلا من الاعتماد كلية علي نماذج الاستجابة الثابتة المكتسبة وراثيا والاستجابات المتعلمة البسيطة للمثيرات البيئية يقوم الإنسان بضبط سلوكه من خلال نظام معقد من المعاني والقيم يتيح له قدرة علي المرونة والتكيف مع الظروف البشرية التي تفوق بقدر كبير تلك الموجودة في أي شكل آخر من أشكال الحياة . وعلي الرغم من أن النظام البشري لضبط الذات يقام علي أساس الأنظمة الأبسط التي عن طريقها يتم ضبط سلوك الأنواع الآخري فإن الإنسان فقط يستخدم مفهوما ذا أساس لغوي للذات كنقطة محورية للضبط المعرفي ، السلوكي ، الوجداني والذي يتأثر ويؤثر عن طريق تركيز الانتباه علي الذات الرمزية . ولأن جزءا من السلوك الإنساني تدفعه الذات اللغوية المجددة، فإن الإنسان سيمر علي الحيز المادي المحصن الخاص بالأنواع الآخري . ومن خلال استكشاف استخدام الإنسان للمفهوم المجرد للذات من أجل تنظيم السلوك لفهم طبيعة التحكم يمكن افتراض ما يلي :

1- يقدم المفهوم اللغوي المجرد للذات شكلا أكثر مرونة من التحكم السلوكي ممكنا الإنسان التكيف والازدهار في بيئات متنوعة بشكل كبير ومتغيرة علي نحو سريع .

2- يسعي الأفرادإلي إدراك أنفسهم علي أن لديهم ضبطا في حياتهم ، وبالتالي يحاولون أن يمارسوا ضبطا في أية مجالات يستثمرون من خلالها الأنا لديهم لدعم تقديراتهم لذواتهم لأن تقدير الذات يقدم قوة سحرية تسيطر علي الحقائق المطلقة للحياة والموت وهي امور لا يمكن ضبطها في الواقع أو نمارس القليل من التحكم تجاهها.

3- يتبع استمرار سيطرة أو دعم قدرات الأفراد من نظام دفاعي فطري ممتد للذات ينتج وجد أن أيجابي عندما يستخدم الفرد كل قدراته في نشاط ما .

4- يقدم كذلك هذا النظام الممتد للذات أسس التكامل الإبداعي للتأثيرات الخارجية التي تسبق البنية النفسية الداخلية ومن ثم تقدم إمكانية الإبداع الذاتي.

5- تقدم العملية الجدلية الخاصة بالأنظمة الدافعية الدفاعية والممتدة تناقض بشري أساسي ، بينما يتطلب النشاط المتكامل الإبداعي ضبطا ناجحا للمخاوف المترسخة.

المبادئ الأساسية للتحكم الذاتي هي :

وتشير (نزيه حمدي ،1992، 14- 15) إلي المبادئ الأساسية للتحكم الذاتي :

التحكم الذاتي مهارة متعلمة يقوم فيها الفرد بالتحكم في سوابق وتوابع السلوك موضوع التحكم .

ينبغي أن يكون الفرد واعيا لاهمية ملاحظة أو رؤية الذات والكيفية التي تتم بها الملاحظة والطبيعة التفاعلية لها .

يعمل الفرد علي التحكم في المثيرات باستخدام إحدي الطرق التالية:

تغيير البيئة

تضييق مدي التأثيرات التي تؤدي إلي السلوك غير المرغوب فيه .

ج) تقوية العلاقة بين سلوكيات معينة والسلوك المرغوب فيه .

4- ينبغي علي الفرد أن يحدد الاستجابات التي تعوق السلوك المرغوب فيه كي يعمل علي أضعافها ، ويحدد أيضا الاستجابات المناسبة التي يمكن أن تحل محل السلوك غير الرغوب فيه ليعمل علي تقويتها .

5- يعمل الفرد علي تعطيل السلسلة السلوكية التي تؤدي إلي السلوك غير الرغوب فيه في مرحلة مبكرة .

6- يقوم الفرد بتدعيم ذاته بعد حدوث الاستجابة المناسبة.

7- يجب أن تصاغ الأهداف المراد تحقيقها بحيث يكون من السهل الوصول إليها ، وبحيث يتم الوصول إلي الأهداف الصعبة بطريقة تدريجية.

8- يمكن استخدام التعاقد السلوكي الذاتي في برنامج الضبط الذاتي.

والتحكم الذاتي ما هو الإ مهارات نفسية مركبة يمكن لأي فرد أن يمارسها ويتدرب عليها.

كما يشير أيضا (عبد الوهاب محمد كامل،1999 ، 30-31) أنه تلخيص المبادئ الأساسية للتحكم الذاتي فيما يلي :

يختلف الإنسان عن الحيوان في بنائه البيولوجي وتكوينه السلوكي ، ولذلك فإنه لابد أن نخرج من المعمل إلي الحياة حيث يتعلم الأفراد من خبراتهم مهارات ذات قيمة عملية ووظيفية تساعدهم علي النجاح والتقدم .

يملك الإنسان نظاما عصبيا راقيا للغاية هو نفسه بناء يمارس التحكم الذاتي للسلوك بصورة تختلف عن التحكم الذاتي في الالة ويتصف النظام الإنساني القادر علي التحكم الذاتي

بالخصائص التالية :

له القدرة علي أن يستثير نفسه ويوجه حركاته.

يمارس التغذية الرجعية أو المرتدة.

يقوم التحكم علي أساس الخصائص الزمانية والمكانية لعملية التغذية المرتدة.

3- يبني أنصار هذه النظرية مذهبهم في إمكانية التحكم في السلوك علي اساس أن الجهاز الذاتي للضبط قادر علي تنظيم الاستجابة عن طريق تحديد الفرق بين نشاطه هو ذاته وبين مدي وصوله للهدف المراد تحقيقه.

كما يعرف (باترسون، ترجمة صلاح مخيمر،1990، 107) التحكم الذاتي بأنه يعني أن يكون لدي الفرد القدرة علي وضع سلوكه تحت التحكم الخاص . وفي التحكم الذاتي تكون كل عناصر التحكم داخل الفرد بخلاف التحكم الخارجي . ويتطلب التحكم الذاتي أن يتناول الفرد المثيرات الضابطة التي تجعل الإستجابات غير المرغوبة مستحيلة أو غير محتملة الوقوع. وينطوي التحكم الذاتي علي ترك المعززات الحالية أو القريبة من أجل معززات بعيدة أكثر أهمية أو أكثر إشباعا.ويتأثر التدريب علي الإشباع المؤجل بخبرة الكائن الحي مع المكأفات المؤجلة

.إن عملية استدخال أو تمثل المعايير الاجتماعية أو عملية التنشئة الاجتماعية تعتبر مثالا لتلقين التحكم الذاتي عن طريق مختلف الأساليب التعليمية والتدريبية وبخاصة الطرق المنفرة التي تؤدي إلي الشعور بالذنب أو التعزيز الأيجابي . ويمكن تدريب الأفرادعلي وضع سلوكهم تحت التحكم عن طريق تغيير البيئة أو بإعادة تنظيم التتابع السلوكي أو عن طريق تعليم الفرد الاسترخاء . ويتم خلال الاسترخاء تصور السلوك غير المرغوب ثم تخيل مصاحبات منفرة أو مؤلمة وعند تحقيق ذلك بنجاح يطلب من الفرد أن يتخيل تعزيزا أيجابيا مثل الشعور بالراحة .

نماذج التحكم الذاتي :

ويري (رامز طه ،1987، 107) أنه اتجهت الكثير من الأبحاث ودراسات المعالجين النفسيين السلوكيين إلي ابتكار العديد من الطرق والاساليب التي يمكن للفرد العادي أن يمارسها دون الاستعانة بمعالج نفسي، وقد اطلقوا علي هذه الأساليب ، أساليب التحكم الذاتي .

كما يوضح (لويس كامل مليكة ،1990، 118) من خلال التحكم الذاتي يتعلم الفرد عددا من الأساليب يستخدمها بنفسه في توجيه التغيير في سلوكه و أحيانا التحكم في هذا السلوك بحيث يمكنه أن يقوم تقويما دقيقا لأفعاله وأن يقارنها بالمعايير التي يتعلمها بالاتفاق مع المرشد أو المعالج وأن يستعين بتدعيم ذاتي موجب للاحتفاظ بالاستجابة الجديدة المكتسبة .

ويوضح أيضا (عبد الوهاب محمد كامل ،1989، 111) أن التحكم الذاتي في السلوك من خلال ممارسة النماذج النفسية المختلفة يعتمد علي إمداد الفرد بالمعلومات اللازمة عن سلوكه وطبيعة تصرفاته في المواقف المختلفة ، ويحدث ذلك من خلال ممارسة الفرد لبرامج التحكم الذاتي في السلوك حيث تعمل مراحل البرامج في حد ذاتها علي تقديم تغذية مرتدة تعمل علي تصحيح رؤية وتقييم وتدعيم الفرد ذاته ، وهنا يمكن أن يصل الفرد من خلال تدريبات نفسي إلي إخضاع العمليات اللاإرادية إلي نفوذ الإرادة ويتعلم الفرد كيف يتحكم في سلوكه.

كما يري كلامن (ميروسلوكوفتا وجيفورد MiroslawKofta & Gifford ، 1998، 5) أن عدد كبير من النظريات المعاصرة والباحثين أنه قد خلف الأهداف المحددة التي يكون لدي الفرد دافعيا لتحقيقها ، فإن التدريب علي التحكم من الممكن أن يفيد وإن فقدان أو نقص التحكم يمكن أن يكون مضرا بدرجة كبيرة وإن الإحساس بضبط الفرد لعالمه هو مكون أساسي لصحة نفسية جيدة وأن نقص مثل هذا التحكم يمكن أن يكون منبأ بالاكتئاب ، القلق ، الإنتحار، المرض الجسدي ، وحتي الموت.

ويشير (كانفر Kanfer، 1970 ، 200) عند مناقشة نماذج التحكم الذاتي في السلوك نجدها تعمل علي تحليل الأشكال المختلفة لكلا من السلوك العادي والأنحرافات السلوكية ، ومن ثم يتولد عليها برامج تعمل وتساعد علي التنظيم الذاتي ، وتهدف هذه البرامج إلي إعادة تنظيم وتصحيح هذه الانحرافات السلوكية.

ويري (باندورا Bandera ، 1969، 618) في دراستة عن التحكم " بأنه يجري تقييم برامج العلاج السلوكي علي أساس زيادة استقلالية الفرد وتمكنه من نفسه بسرعة حتي يقلل الضغط الخارجي لسلوكه بواسطة النظام العلاجي وينتقل بسرعة قدر الإمكان التي تمكنه من ضبط نفسه فالتحكم الخارجي عن طريق العلاج ينبغي أن يتحول سريعا إلي ضبط داخلي ويذخرالعلاج السلوكي بطرق كثيرة تساعد علي تحقيق هذا الهدف " .

ويشير (باترسون، ترجمة صلاح مخيمر،1990، 108) إلي أنه من الممكن تدريب المرضي من خلال التعليمات علي وضع سلوكهم تحت التحكم وذلك باعداد السلوك الذي يغير البيئة أو باعادة تنظيم التتابع السلوكي ثم يتعلم المرضي الاسترخاء ثم تصور السلوك غير المرغوب ثم يتبعوا ذلك بتخيلات منفرة أو مؤلمة، ثم يطلب منهم أن يتخيلوا تعزيزا أيجابيا مثل الشعور بالراحة ، ويستخدم مثل هذا الأسلوب كثيرا من قبل المرضي أنفسهم في حياتهم اليومية العادية . ومن الممكن تعليم المرضي استخدام التعزيز الأيجابي أو المثير المنفر وذلك تبعا لبرنامج وخطة العلاج، ويمكن تدريب المرضي أيضا علي التحليل السلوكي الذي يمكنهم من ملاحظة أعمالهم وبين الاحداث البيئية السابقة واللاحقة لهذه الاعمال .

كما اوضح (باندورا Bandera ، 1969، 260) ولكي يتحقق تغير دائم نسبيا في السلوك فإن البرامج العلاجية ينبغي أن تضع في الاعتبار تلك الخطوات اللازمة من ضبط السلوك الجديد بواسطة عوامل خارجية إلي ضبط ذاتي، فبعد أن يحدد المعالجون الأنماط السلوكية الجيدة علي أساس قيمتها النفسية فإن المرحلة التالية في البرنامج تتطلب تدريبا مباشرا علي تدعيم ذاتي، ويتحقق ذلك بواسطة نقل الوظائف التقيمية والتدعيمية من عوامل وقوي التغيير إلي الفرد ذاته.وتكون الإثابة الآن مشروطة ليس بحدوث السلوك المرغوب وحسب بل أيضا بتقييم الفرد لذاته تقييما دقيقا. وبعد أن يتأكد سلوك التقييم الذاتي الدقيق لدي الفرد فإن الوظيفة التدعيمية تنتقل من قوي التدعيم الخارجي ومصادره إلي ذات الفرد الذي يكون في مقدوره الآن تقييم سلوكه وتدعيم ذاته وفقا لذلك ،وبجانب ذلك تأخذ الإثابات المادية المصطنعة في التضاؤل تدريجيا كلما خضع سلوك الفرد بشكل متزأيد لضبط السلوك . وهي نواتج رمزية ومصنوعة ذاتيا ، فالهدف الأكبر للتدرج علي التدعيم خلق مستوي من التوظيف لإمكانات الفرد فيستطيع المشتركين في التدريب أن يضبطوا سلوكهم بأقل قدر ممكن من الضغوط الخارجية والإغراءات أو البواعث المصطنعة.

ونجد وجهت نظر (ميروسلوكوفتا وجيفورد MiroslawKoft & Gifford ، 1998 ،67)

عن النماذج فإن الأفراد يحققون لأنفسهم الدافع عن طريق وضع أهداف أو مستويات يريدون تحقيقها وتكون رغبتهم لتقليل الفجوة بين سلوكهم الفعلي ومستوياتهم السلوكية هي القوة الدافعة الأساسية للتحكم الذاتي .

العوامل الثلاث الأكثر أهمية في عمليات التحكم الذاتي :

كما يضع (باندورا Bandera، 1996، 30) العوامل الثلاث الأكثر أهمية في عمليات التحكم الذاتي هي :

الكفاءة الذاتية المدركة لتحقيق المستويات المعطاة .

ردود الأفعال الذاتية الوجدانية لوضع مستويات للأداء .

إعادة التوافق للمستويات أو المعايير الشخصية في ضوء ما تم من تقدم .

ويشير (ميروسلوكوفتا وجيفورد MiroslawKofta & Gifford، 1998، 5- 6) أنه يندرج تحت هذه العمليات الاقتراب من الهدف والقوي الدافعة ومع ذلك عند محاولة الفرد أن يضبط سلوكه ذاتيا قد تواجه الفرد خبرات غير سارة يريد أن يتجنبها أو يكبتها. وعندما يكون الدافع لتجنب أو ضبط ردود الأفعال التجريبية هذه أقوي من الدافع للوصول للسلوك المرغوب المستهدف فإن جهود التحكم الذاتي تفشل علي الأرجح. وعلي الجانب الآخر عندما تكون دافعية الأفرادعالية للوصول إلي السلوك المرغوب فإن نجاحهم في التحكم الذاتي يستفيد من محاولات ضبط هذه الخبرات عن طريق الاستجابات المغلقة. إن التوازن بين دافع ضبط المهمهة ودافع ضبط الحالة يتغير وفقا للمشكلة التي يتم التعامل معها ومرحلة اكتساب المهمة. وقد يتنوع كذلك التوازن بين دافع ضبط المهمة ودافع ضبط الحالة وفقا للمراحل المتنوعة لعملية ضبط الذات. ومن أجل استمرار عملية التحكم الذتي يجب أن يكون دافع ضبط المهمة أقوي من دافع ضبط الحالة. ويتم تحقيق ضبط الحالة النفسية للفرد في الغالب من خلال توظيف استجابات مغلقة(طرق تعويضية للضبط الذاتي مثل التحول المعرفي، تشتت الذهن .....الخ) ومع ذلك عندما يكون الدافع لدي الأفراد لضبط حالاتهم النفسية أقوي منه للحصول علي أهدافهم السلوكية فقد تفشل جهود التحكم الذاتي. ومن أجل تقليل التأثيرات العكسية للدافع الزائد لضبط الحالة ، يجب أن يطلق الأفراد العنان للضبط الذهني وأن يكونون منفتحين علي خبراتهم الحالية من خلال استخدام المهارات التجريبية للضبط الذاتي. وبذلك يتضح أن طبيعة عملية التحكم الذاتي تدعو إلي تغيير سلوك الفرد ضد قوي جذب بيئية عديدة.

وتركز معظم نماذج التحكم الذاتي أكثر علي المتغيرات الموقفية أكثر من الفروق الفردية والمتغيرات المرتبطة بالشخصية.وبدون إنكار أهمية العوامل الدافعية للضبط والمتغيرات الموقفية.من المهم كذلك أن نلاحظ أن الأفراديختلفون في المدي الذي يكونون به قادرين علي ضبط سلوكهم الخاص. وعلاوة علي ذلك فإن هذه القدرات يمكن تعلمها واكتسابها من خلال الحياة مثل أية مهارات معرفية أو سلوكية أخري. وعلاوة علي ذلك فإن الأفراديطبقون مهارات التحكم الذاتي فقط بعد أن يقرروا أن موقفا معينا يتطلب استخدام مهارات التحكم الذاتي. وعند تدريب العميل علي التحكم الذاتي من المهم أولا التأكد من أن العميل يمتلك مهارات التحكم الذاتي وإذا كان لدي العميل نقص في هذه المهارات فقد يستفيد من برنامج التدريب علي التحكم الذاتي ومع ذلك إذا كان لدي العميل هذه المهارات ولكنه يفشل في تطبيقها فيجب أن توجه الجهود العلاجية إلي تغيير المعارف والدوافع المرتبطة بالتحكم الذاتي للسلوك المشكل لدي الفرد.

يشتمل برنامج التدريب علي التحكم الذاتي علي الخطوات التالية :

كما يشير (جوسوب Gossop،1994، 393) في (أشرف الكافوري ، 2007، 112) إلي ما يشتمل برنامج التدريب علي التحكم الذاتي ؟

1) تحديد الأهداف : تحديد أو وضع حدود معينة ودقيقة مناسبة للسلوك غير المرغوب.

2) الملاحظة الذاتية : وتعتبر الملاحظة الذاتية مكونا هاما من مكونات العلاج حيث أنها لا توفر معلومات تقديرية أو تقويمية قيمة فحسب وإنما أيضا تنتج أثرا علاجيا فعالا.

3) التدريب علي ضبط المعدل أو المتوسط والسيطرة عليه.

4) التدريب علي التدعيم الذاتي وذلك لتشجيع التقدم في العلاج.

5) التحليل الوظيفي .

6)التدريب علي مهارات بديلة.

كما يوضح (كوين Quinn، 1995، 321- 322) في (أشرف الكافوري ، 2007، 113) أن الخطوة الأولي في أي برنامج للتحكم الذاتي هي تحديد الحدث الذي يشير للمشكلة ويتضمن برنامج التحكم الذاتي الخطوات التالية :

الإعداد للموقف : علي الفرد أن يستحضر ويتذكر العبارات والمثيرات التي تثير السلوك غير المرغوب الذي يريد ضبطه وتعديله.

التفكير في طرق لمواجهة الإثارة: قبل أن يحدث الموقف المزعج مرة ثانية علي الفرد أن يفكر في عدة طرق يستطيع أن ينفذها بنفسه لمواجهة هذا الموقف ثم عليه أن يتخيل المواجهة الفعلية فالتفكير في الموقف مقدما يعد الفرد للمواجهة عندما يحدث ذلك الموقف فعلا .

مواجهة الإثارة : عندما يحدث الموقف المثير ربما تطرأ علي الفرد بعض التغيرات الانفعالية أو البدنية وإذا تنفس الفرد بعمق وحاول الاسترخاء فسيكون لديه فرصة أفضل للحفاظ علي هدوئه والاستمرار في خطته.

المكافأة الذاتية : إذا نجح الفرد في ضبط سلوكه فعليه أن يكافئ نفسه ويمكن أن تكون المكافأة عبارة عن شيء محبب إليه بحيث يستمتع به.

- كما يشير (كارولي Karoly ، 1982، 8) إلي أن التحكم الذاتي يرتبط بالقدرة علي تأجيل الإشباع . وتتأثر القدرة علي تأجيل الإشباع بالعوامل التالية :

التوقعات الإيجابية بأن المكافآت المؤجلة سوف تكون متاحة فعلا.

ثبات أو استقرار القيمة الذاتية للمكافات المتوقعة.

طول فترة التأجيل: حيث تقلل فترة التأجيل للأطوال الرغبة في تأجيل الإشباع.

الفروق الفردية مثل العمر ، الذكاء العام، المستوي الاقتصادي والاجتماعي،وتوجه الإنجاز حيث ترتبط إيجابيا باختيار التأجيل.

المكافأة السابقة للأنتظار أي تلقي أو استلام المكافأت التي وعد بها الفرد من قبل.

التعرض لنماذج تتلقي مكافأت باتساق في مقابل التأجيل المفروض ذاتيا.

الحالة الانفعالية اللحظية أو المؤقتة لدي الفرد والتي تسبق الاختيار بين النتائج الفورية أو المؤجلة، فالأفرادالذين يشعرون أنهم ناجحون يميلون لاختيار المكافأت المؤجلة.

التحول المعرفي: حيث يسهم التحول المعرفي في تخفيف التوتر ومن ثم تيسير وتسهيل تأجيل الإشباع.

وهنا يري (لوج Logue،1995، 60-72) أن هناك ثلا ث عوامل تؤثر في قيام الفرد بالتحكم الذاتي وهي تأخر النتيجة، حجم النتيجة،واحتمال النتيجة ، قدرة الفرد أو عدم قدرته علي تغيير اختياره أثناء فترة التأخير .

1) تأخير النتيجة : يبدو أن تأخير النتيجة يؤثر علي قيمتها عن طريق تقليل القيمة المادية لها حيث أن النتيجة التي تؤخر تقل قيمتها. ووفقا لشكل (9) يوجد الاندفاع عندما يقل القيمة المادية للنتيجة الأكبر لدرجة أن القيمة المدركة لتلك النتيجة تكون أقل تاخرا وبشكل واضح فإن قرب النتيجة الاكبر في الوقت مقارنة بالنتيجة الاصغر يزيد من التحكم الذاتي والعكس صحيح .

واحدي طرق تأخير النتيجة يتم عن طريق استخدام اجراء الاختفاء كما يتضح في شكل 10 في هذا الإجراء،ويعطي الفرد الاختيار بين نتيجتين احداهما كبيرة والآخري صغيرة لهما نفس فترة التأخير. ثم تقلل فترة تأخير النتيجة الأصغر تدريجيا أي أنها تختفي حتي يختار الفرد في النهأية بين نتيجة أكبر أكثر تأخرا ونتيجة أصغر فورية. ويتم التوصل إلي نفس النتيجة عن طريق زيادة فترة تأخير النتيجة الأكبر تدريجيا .

2) حجم العينة : سواء لدينا ضبطا ذاتيا أم لا فإن هذا يكون وظيفة للعدد النسبي للاختيارات المتاحة بالإضافة إلي فترة التأخير النسبية الخاصة بها. في شكل(10) السابق. إذا كان الحجم المدرك الأكبر الأكثر تأخرا أكبر فلن يكون هناك نقطة تحويل وسوف يظهر التحكم الذاتي دائما ، علي الجانب الاخر إذا كان الحجم المدرك للنتيجة الأصغر كبيرا سوف ينتقل التحويل إلي إليسار حيث يقل الوقت ومن ثم يظهر الاندفاع ويمكن تغيير الحجم النسبي المدرك من أجل تحقيق التحكم الذاتي وذلك عن طريق :

(أ) وجود النتيجة: يمكن التأثير في الحجم المدرك للنتيجة عن طريق معالجة إدراك وجود النتيجة ، فالنتيجة التي لا تكون موجودة لا يكون لها حجم وسيكون تفضيلها أقل مقارنة بنتيجة موجودة بغض النظر عن حجم النتيجة الأولي .

(ب) الحجم النسبي للنتيجة: يمكن استخدام التغييرات في الحجم النسبي للنتيجة لتغيير التحكم الذاتي دون الذهاب إلي الحد الأقصي لإزالة احدي أو كل النتائج. وبشكل بسيط سوف يزيد جعل الحجم النسبي للنتيجة الأكبر الأكثر تاخراً أكبر من التحكم الذاتي.

(ج)تجميع النتائج: يمكن زيادة الحجم النسبي للنتيجة عن طريق تجميع هذه النتيجة مع نتيجة اخري إيجابية أو سلبية ، ومن ثم يمكن زيادة أو تقليق القيمة الخالصة للضبط الذاتي .

3) احتمالات النتيجة : قد يدرك الفرد وجود النتائج المتنوعة والتي يكون لها تأخرات وأحجام معينة، إلا أنه لا يدرك أية استجابات سوف تؤدي إلي تلك النتائج. إن العلاقات بين الاستجابات والنتائج تسمي احتمالات النتيجة.ويمكن أن تزيد احتمالات استجابة معينة والوجود المدرك لتلك الاحتمالات من التحكم الذاتي وذلك عن طريق :

(ا) حرية تغيير الاختيار: وتعني إذا ما كان لدي الفرد أولم يكن لديه حرية الاختيار لتغيير اختياره. بينما ينظر النتيجة الاكبر الاكثر تاخرا وهي احدي الطرق البسيطة التي يمكن أن تؤثر في الدرجة التي عن طريقها يمكن اظهار أو عدم اظهار التحكم الذاتي .

(ب)الالتزام : وهو عبارة عن استجابة مسبقة يقوم بها الفرد والتي تعني استجابة الالتزام وفي مثل هذه المواقف فإنه قبل القيام بالاختيار بين النتيجة التحكم الذاتي ونتيجة الاندفاع يستطيع الفرد أن يقوم باستجابة تمنعه من القيام باستجابة الإندفاع وهذه الاستجابة هي استجابة الالتزام أو التعهد المسبق.

(ت) ادراك الاحتمال : إن ادراك أو تعلم أية نتائج سوف تؤدي إليها الاستجابات المختلفة يؤثر كذلك في التحكم الذاتي. إن الفرد لن يظهر ضبطا ذاتيا حتي يعلم هذا الفرد بطريقة ما أن استجابة التحكم الذاتي سوف تؤدي في النهأية إلي نتيجة أكبر؟

يجب أن يتعامل النموذج الفعال للضبط الذاتي بفعالية مع أسباب مشكلات التحكم الذاتي ويتكون هذا النموذج من جزءين، ويتطلب الجزء الأول تحديد واضح للمشكلة كسلوك في حاجة إلي ضبط، ويتطلب الجزء الثاني تطبيق فنيات سلوكية للتعامل مع المشكلة. وفي هذا السياق يتكون هذا النموذج للضبط الذاتي من القيام بشيء واحد وهو تطبيق فنيات التغيير السلوكي أو فنيات تعديل السلوك لزيادة فرص القيام بشيء آخر(مثل التصرف بطريقة تحل المشكلة) ويجب أن يتصرف الفرد بطريقة تعد البيئة لإدارة سلوكه التالي ، وهذا يعني وجود سلوك ضابط يحدث تغيير في سلوك يجب ضبطه.

ويري كلا من (كاري مارتين وجوزيف بيير Carry Martin& Joseph Pear،1996، 316- 328) في (أشرف الكافوري ، 2007، 117) أنه تتضمن خطوات برنامج التحكم الذاتي ما يلي :

تحديد المشكلة :

- ويمكن تحديد عدد من الخطوات لتحقيق ذلك:

(أ) تدوين الهدف .

(ب) عمل قائمة من الأمور التي ينبغي قولها أو فعلها والتي تشير بوضوح إلي الوصول إلي الهدف وهو ما سوف يتخذ كدليل من أجل تحقيق الهدف.

(ج)عند وجود عدد من الأفرادلديهم نفس الهدف ، كيف سيمكن تحديد من وصل الهدف ومن لم يصل .

(د) إذا كان الهدف هو نتيجة مثل الوصول إلي وزن معين، جمع قدر من المال، أو نظافة الحجرة، حينئذ يجب عمل قائمة بهذه السلوكيات التي سوف تساعد علي تحقيق تلك النتيجة.

2) الالتزام بالتغيير : ويمكن القيام بذلك عن طريق :

أ) عمل قائمة بكل فوائد تغيير السلوك وتدوينها ووضعها في مكان ظاهر

ب) إعلان التعهد بالتغير .

ج) زيادة عدد الأفرادالذين يمكنهم التذكير بالالتزام مما يزيد فرص النجاح

د) إعادة ترتيب البيئة بحيث تعمل علي التذكير المتكرر بالالتزام بالهدف مثل كتابة الأهداف علي 3 إلي 5 كروت ووضعها في أماكن ظاهرة

هـ) استثمار الوقت والمجهود قدر الإمكان في تخطيط المشروع مبدئيا، إعداد قائمة من العبارات المرتبطة بالاستثمار في المشروع من أجل هذه العبارات في المساعدة علي تقوية الالتزام واستمراره.

و) مواجهة الإغراءات الخاصة بالتخلي عن المشروع وذلك عن طريق وضع طرق عديدة للتعامل مع هذه الإغراءات.

3) جمع البيانات وتحليل الأسباب: ويمكن تدعيم ذلك عن طريق :

(أ) إخبار الأصدقاء عن مشروع تعديل الذات

(ب) جعل الجدول أو الرسم البياني الخاص بتسجيل البيانات في مكان واضح لزيادة احتمإلية التغذية الرجعية من الأصدقاء.

4) تصميم وتطبيق البرنامج وذلك من خلال اختيار فنيات التحكم الذاتي وهي :

(أ) إدارة الوقت وتشتمل علي:

-- التعليمات

-- النمذجة

-- الإرشاد البدني

-- البيئة الحإلية

-- الآخرين

-- الوقت من إليوم

(ب) إدارة السلوك وتتضمن:

-- معأيير السلوك

-- التشكيل

(ت) إدارة النتائج : عن طريق ما يلي:

-- فك الارتباط بين النشاط المرغوب والأنشطة الآخري المدعمة

-- التسجيل الذاتي أو التخطيط البيأني الذاتي

ترتيب مدعمات معينة يتم اكتسابها لاظهار التحسن والالتزام بالبرنامج.

5) منع الانتكاسة في المواقف :

أ) أسباب الانتكاسة في المولقف:

- وجود مواقف معينة يمكن تجنبها.

- وجود مواقف معينة لا يمكن تجنبها.

- المبالغة في ردود الأفعال تجاه المعيقات المؤقتة.

الحديث الذاتي الذي يعيق الإنتاج.

أسباب الإنتكاسة في تخصيص الاستجابة:

عدم وضوح السلوك المستهدف.

طول مدي السلوك المستهدف.

- المبالغة في المحاولة الفورية.

أسباب الأنتكاسة في النتائج:

الفشل في ادخال المكافاءات اليومية في البرنامج.

عدم وضوح النتائج إلا إذا تراكمت.

ج) استراتيجيات إضافية لمنع الأنتكاسة عن طريق:

ممارسة خطوات البرنامج أكثر من مرة.

وجود آخرين ممن يدعمون البرنامج.

توقيع عقد سلوكي مع آخرين من أجل الالتزام بالبرنامج.

ويشير (رأيموند ميلتنبرجر Raymond Miltenberger، 1997، 261-263) إلي أنه من المناسب استخدام واحدة أو أكثر من استراتيجيات التحكم الذاتي سواء كان الهدف هو زيادة سلوك مرغوب أو التقليل من سلوكيات غير مرغوبة. وتستخدم إجراءات تدعيم مختلفة من اجل الحفاظ علي السلوك. أن تحديد أية إجراءات يمكن استخدامها للضبط ليس أمرا يسيرا، حيث ينبغي معرفة كيفية استخدام إجراءات التحكم المتنوعة واختيار واحدة تناسب الموقف، ولتحقيق ذلك ينبغي القيام بما يلي:

1) بالنسبة للسلوك المرغوب :

تحديد وتعريف السلوك المرغوب الذي يجب زيادته.

تحليل المواقف السابقة المرتبطة بالسلوك المرغوب

ج)تحديد الدعم الذي سيستخدم لتدعيم السلوك المرغوب

2) بالنسبة للسلوكيات غير المرغوبة أو السلوكيات المنافسة :

أ) تحديد وتعريف السلوكيات المنافسة التي تتداخل مع السلوك المرغوب.

ب) تحليل المثيرات السابقة المرتبطة بالسلوكيات المنافسة.

ت)تحديد المدعمات الخاصة بالسلوكيات المنافسة

وفي استرتيجيات التحكم الذاتي يتم معالجة المثيرات الموجودة لتحفيز وجود السلوكيات المرغوبة وتقليل احتمالات السلوكيات المنافسة. ويمكن تحفيز السلوك المرغوب عن طريق:

تقديم إشارات أو دلائل للسلوك المرغوب.

تقليل مجهود الاستجابة للسلوك المرغوب.

تنظيم وترتيب عملية تأسيسية للسلوك المرغوب.

ويمكن التقليل من احتمال السلوكيات المنافسة عن طريق :

حذف إشارات أو دلائل خاصة بالسلوكيات المنافسة.

زيادة مجهود الاستجابة للسلوكيات المنافسة.

حذف وإزالة عمليات أساسية خاصة بالسلوكيات المنافسة.

مكونات التحكم الذاتي :

يحدد إدوارد ووركمان (1984Edward Workman) في (عبد الوهاب كامل، 1988، 495) مكونات التحكم الذاتي التي تشمل :

1) الرؤية أو الرقابة الذاتية Self- Monitoring .

2) التقييم الذاتي Self- Assessment.

3) التدعيم الذاتي Self - Reinforcement .

(1) الرؤية أو الرقابة الذاتية Self-Monitoring ويشير (كانفرCanfer، 1970، 201- 202) إلي الرؤية أو الرقابة الذاتية بأنها هي عملية تتطلب من الفرد ملاحظة سلوكه الخاص والمواقف والأسباب التي تؤدي إلي ظهور هذا السلوك ، وكذلك ادراك الفرد نتائج سلوكه. وتتطلب عملية رؤية الذات من الفرد أن يلاحظ سلوكياته والمواقف التي تظهر فيها والأسباب التي تؤدي إلي هذه السلوكيات . وتتطلب من الفرد أن يلاحظ النتائج المترتبة علي سلوكه وملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي أو الأحداث التي يتقبلها الفرد. وبمعني آخر فإن رؤية الذات لا تتطلب من الفرد فقط الادراك الحسي للأحداث ، بل تتطلب أيضا وجود انتباه موجه من الفرد تجاه أنواع محددة من الأحداث ومدي قابلية الفرد لضبط وتمييز الأحداث.

وتعتبر رؤية الذات هي الخطوة الأولي في اقامة التحكم الذاتي وهي عبارة عن إجراء يتمكن الفرد بواسطته من أن يشاهد أو يلاحظ نفسه وأن يسجل أداءه السلوكي بشكل منهجي ومنظم. ويجب أن يميز الفرد بين حدوث أو عدم حدوث السلوك الخاص، وعندئذ يسجل أو يقرر كيف وإلي أي مدي حدث هذا السلوك. وعندما يري الأفراد ذواتهم وسلوكهم الخاص فإن نموذجهم السلوكي قد يتغير وعندما يحدث التغيير في السلوك فإنه يكون عادة في الاتجاه المرغوب، وبالتالي زيادة السلوك المرغوب ونقصان السلوك غير المرغوب.

كما يري (تيري وآخرين Terry& et،1986، 189) أن رؤية الذات إدراك الفرد للطريقة التي يظهر بها سلوكه أمام الآخرين ويمكن أن تصف رؤية الذات الدقيقة من الفرد لسلوكه بدقة رد فعله تجاه سلوكيات الآخرين. أيضا يمكن أن تحدد الطريقة التي يمكن للفرد أن يعدل بها سلوكه اللفظي وغير اللفظي حتي يصبح علي مستوي أعلي من التكييف مع الآخرين وإظهار أنطباعاً أفضل لسلوكه أمامهم .

ويحدد هنا (محمد السيد عبد الرحمن ، 1998 ، 655- 657) رؤية الذات بأنها هي تجمع منطقي للمعلومات عن العوامل التي تؤثر في تصرفات الفرد وسلوكه ، فيجب علي الفرد أن يكون من خلال صور أو أشكال عالمه الشخصي ما يساعده ليس فقط في توجيه سلوكه ، ولكن كذلك في تسجيل ما يصادفه من أحداث بغرض التغذية الرجعية والتقويم

والمنطق الأساسي الذي يكمن خلف عملية رؤية الذات هو أن علي الفرد أن يحصل أولا علي درجة من الثبات الواضح لمدي تكرار السلوك البديل بما في ذلك المثيرات والأحداث التي تسببها قبل أن يستطيع التحكم فيه بفاعلية ورؤية الذات ليست مجرد طريقة لجمع وحصر المعلومات أو مجرد إجراءت لقياس التحكم الذاتي .

ويشير هنا (سارا فينو Sara Fino ، 1990 ، 30) إلي أن هذا الأسلوب يتضمن تغيير عناصر البيئة التي تعمل كمؤشرات أو الأمل وتقود الأفرادلأن يقوموا بالسلوك المشكل ، إن مثل هذه الإجراءت الخاصة بضبط المثير تعتبر فعالة في حد ذاتها .

ويوجد أسلوبين لرؤية الذات (إدوارد Edward ، 1984 ، 20 - 23) هما :

(أ) الاستمرارية في رؤية الذات : ومن خلال هذا الأسلوب يقوم أولاً بحساب وتسجيل عدد مرات حدوث السلوك المرغوب فيه كلما ظهر ، ويعتمد هذا الأسلوب علي تكرار وعدد الملاحظات ، ثم يعمل الفرد بعد ذلك علي زيادة تكرار هذا السلوك .

(ب) رؤية الذات علي فترات متقطعة : يعتمد هذا الأسلوب علي المراقبة المتقطعة غير مستمرة ، حيث يقوم الفرد بمراقبة سلوكة خلال فترات زمنية محددة (مثلاً : كل 5 أو10 دقائق) ثم يقوم بكتابة تقرير أثناء الفترات الفاصلة ، أي بين فترات الملاحظة .

(2) التقييم الذاتي Self- Assessment

ويحدد كلا من (تيري وآخرون Terry et.al 1986 ،190) تقييم الذات بأنه هو عملية تعتمد علي قيام الفرد بالمقارنة بين سلوكة في موقف معين والمحك الداخلي أو المعيار الذي يرتضية الفرد لهذا السلوك ويشتق هذا المحك من مصادر متنوعة ، فقد يكون عن طريق الفرد لمعأيير خارجية مفروضة أو من خلال إجبار الذات علي معأيير معينة والتي قد تكون أكثر حزما وصرامة عند مقارنتها بالمحك الخارجي.

ويعرف (عبد الوهاب محمد كامل 1991 ،230) تقييم الذات هو عملية تعتمد علي قيام الفرد بالمقارنة بين كل درجة من ادائه في مواقف حياته وبين المعايير أو المحكات القياسية التي اصبحت جزءا من تكوينه الداخلي وقد تشربها الفرد من مصادر متنوعة يعتنقها الفرد أو تكون مفروضة عليه وتلك المعايير تتدرج في شدتها .

ويعرف (كوبر سميث CoperSmith ،1967 ، 19) تقييم الذات بأنه التقييم الذي يصدره الفرد حتي يعتبر حكما مالوفا لذاته وأنه يعبر عن الاتجاه بالقبول أو عدم القبول ويوضح إلي أي مدي يعتقد الفرد عن نفسه أن لديه القدرة والامكانيات وكذلك الاحساس بالنجاح والقيمة في الحياة .

ويشير (فرنش Frensh ، 1962، 19) إلي تقييم الذات بأنه وهو تلك الأبعاد التي يضعها الفرد ومن خلاله يري ذاته والآخرين وتتصف هذه الابعاد بأنها ليست كلها علي نفس الدرجة من الأهمية للشخص وإنما تختلف في درجة مركزيتها .

ويري (كانفرKanfe ، 1970 ، 202) أن هذه المعايير واقعية أو غير واقعية وعلي ذلك فقد يؤدي الاختيار غير الملائم للمعأيير الداخلية إلي أيجاد عجزمعين في احد جوانب عملية التحكم الذاتي في السلوك أيضا فإن كل من شعور الفرد بالمسؤلية الذاتية تجاه سلوك ما وتقييمه لهذه المسؤلية الذاتية يلعب دورا في تقييم الذات .

ويعرف (بيكارت Pickhuar ،2000، 1) مصطلح تقييم الذات عبارة عن كلمتين: كلمة ذات وهي تصف الخصائص التي يكون عليها الفرد وكلمة تقييبم الذات وهي تعني تقديره لهذه الخصائص والصفات وبالتالي فإن مصطلح تقييبم الذات يعني القيمة التي يعطيها الفرد لنفسه .

ويري (باندورBaneura ، 1971،200) من خلال الدراسات التي اجريت علي تقييم الذات بأن شعور الفرد بالمسؤلية تجاه سلوك ما قد يعد مناسبا أو غير مناسب وفقا للحكم العقلي الذي يصدر من الفرد تجاه هذه المسؤلية ووفقا للثناء الذي يلقاه هذا السلوك من الآخرين أو من الفرد نفسه في نفس الوقت الا أنا هذه الأحكام العقلية لا تكون دائما متكافئة .

كما يشير (كانفرKanfer ، 1970، 201) إلي أنه يتضمن تقييم الذات الموجب أو السالب للذات اكثر من مقارنة الفرد لسلوكه بالمعيار الذي حدده لهذا السلوك ليثبت نجاحه أو فشله في سلوك أو اخر إذ أن نتائج هذه المقارنة قد يحدث لها تشويها وخاصة لدي الأفراد الذين يدركون أنفسهم علي أنهم قادرون علي أداء أي سلوك وعلي استعداد له إذ أن السبب في إدراكهم لأنفسهم علي هذا النحو إنما يرجع إلي بعض الأسباب والعوامل الداخلية ويحدث التحكم الذاتي في هذه الحالة أثناء الغياب النسبي لعوامل التحكم الخارجي بينما يسعي الفرد جاهدا إلي التحكم في سلوكه في ضوء ادراكه لعوامل التحكم الداخلي فقط .

كما تري (ريم Rehm ،1977، 719) أن التقييم الذاتي لابد أن يؤخذ في الاعتبار علي أنه مقارنة أداء الفرد لسلوك ما مع عوامل العزو الداخلي من جانب ومن جانب اخر مع المقياس الثابت أو الميزان المرجعي وعلي هذا يعد أداء سلوك ما ناجحا فقط إذا تلائم مع كل من عوامل العزو الداخلي وفي نفس الوقت تجاوز مستوي النجاح بالنسبة إلي المعيار أو الميزان الخارجي وفي نفس الوقت يعد السلو غير ناجح إذا لم يتلاءم مع كل من عوامل العزة و الداخلي وفي نفس الوقت كان في مستوي أقل من المستوي الأدني للمعيار أو الميزان .

(3) التدعيم الذات Self - Reinforcement

ويعرف (كانفرKanfer ، 1970، 202)تدعيم الذات بأنه هو عملية لاحقة للتدعيم الخارجي وفي أحيأناً أخري بديلاً له إذ أن تنظيم و مكافأة أو عقاب للذات سواء كان بصورة علنية أو سرية ، والتي يقدمها الفرد لذاته ، يمكن التسلم بأنها الميكانيزم الأساسي للضبط الذاتي للسلوك تعتمد علي تصور أن الأفراديتحكمون في سلوكهم الخاص بنفس الطريقة التي يتحكم فيها أحد أعضاء الجسم في عضو آخر وبالتالي يؤدي إلي شعور الفرد بأنه قادر علي أنجاز الهدف .

كما يشير (باندورBaneura ، 1976،233) إلي أنه يمكن إدراك تدعيم الذات في سياق التدعيم الخارجي ، أي أنه عندما يتبع السلوك بصفة عامة بتدعيم خارجي ، فإن تدعيم الذات سواء كان ظاهراً أو ضمنياً يعمل علي الاحتفاظ بهذا السلوك واستمراره حتي عندما يتأخر التدعيم الخارجي أو يغيب ، وبهذه الطريقة فإنه يوجد تبادل بين التدعيم الخارجي والتدعيم الداخلي (تدعيم الذات) في حالة غياب الأول وبالتالي ففي كلا الحالتين يكون التدعيم متاحاً ولاحقاً لسلوكيات الفرد .

ويري (لويس كامل مليكة ، 1991 ، 115) أن يستخدم الفرد نفسه بعض مقدمات أو عواقب مناسبة للاستجابة المطلوب ضبطها . وقد يستخدم الفرد عمليات ظاهرة أو باطنة لتغيير المهدئات المنبهة أو لتدعيم العواقب . وهو ما يعرف بالبرمجة السلوكية .

وتبدووبرمجة السلوك أكثر تفضيلا ، وتتضمن :

أ - التعاقد الذاتي : إذا أراد فرد ما أن يبرمج سلوكة بكفاءة وفعالية ، فمن الواجب علية أن يعمل بشكل منتظم ، وأفضل وسيلة لتحقيق هذة الفعالية هي التعاقد الذاتي .

ب - المكافأة والعقاب الذاتي : إذا أراد الأفراد أن يعيدوا ترتيب بيئاتهم لكي يشكلوا سلوكهم في الاتجاه المرغوب ، فعليهم أن يحددوا صور أ وأشكال للعقاب .

ويعرف (محمد السيد عبدالرحمن ، 1998، 660-663) برمجة السلوك التغيير المنظم لنتائج السلوك بدلاً من تغيير مسبباتة أو مثيراتة .

ويشير(لويس كامل مليكة ، 1991 ، 115) إلي أساليب البرمجة السلوكية وهي :

التدعيم الذاتي الأيجابي : بعد أداء استجابة معينة فقط .

التدعيم الذاتي السلبي : تجنب منبه منفر أو الهروب منه بعد أداء استجابة معينة فقط .

عقاب ذاتي أيجابي : إزالة مدعم متاح بعد أداء استجابة معينة فقط .

عقاب ذاتي سلبي : يقوم الفرد لنفسه منبهاً منفرداً بعد أداء استجابة معينة فقط .

ضبط منبه منظم ذاتياً : تقديم أو تغيير أو إزالة أدلة منبهه تعتبر مناسبة لمتغير الاستجابة المطلوبة المطلوب ضبطها ، وقد تشتمل علي :

تعليمات ذاتية .

ضبط داخلي لاستجابات آلية .

تدريبات استرخاء بدني . - تخيل حي .

دراسات سابقة تتعلق بالتحكم الذاتي :

1) دراسة روى بوميستر Roy Boumeister (2003)

وموضوعها " توفير الطاقة المطلوبة للتدريب علي مهارة التحكم الذاتي "

هدف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلي تفسير مستويات الطاقة المطلوبة للتدريب علي مهارة التحكم الذاتي .

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة (800) معلماً ومعلمه من الجنسين ، أجر الباحث عليهم سلسة من التجارب والنظريات وتنقسم إلي ثلاث نظريات عن التحكم الذاتي .

(أ) التحكم الذاتي كعملية معرفية .

(ب) التحكم الذاتي كمهارة متعلمة .

(ت) التحكم الذاتي كسلوك يتطلب قوة الإدارة .

2) دراسة نيوباتش- باربرا Neubach - Barbara (2006)

وموضوعها " فعاليات التحكم الذاتي مع الضغط الوظيفي "

هدف الدراسة :-

- التعرف علي مدي فعالية التحكم الذاتي مع الضغط الوظيفي .

- التأكيد علي أن التحكم الذاتي له دور فعال في التخفيف من الإنهاك النفسي .

عينة الدراسة :-

تكونت عينة الدراسة من (260) معلماً ومعلمه من الجنسين.

نتائج الدراسة :-

- هناك مستويات منخفضة بين المعلمين في التحكم الذاتي والذي ارتبط أيجابيا بالإنهاك النفسي .

3) دراسة نيوبش - سكيميديت، Shmidt - Neubach (2007)

وموضوعها "مطالب التحكم الذاتي والاحتراق النفسي "

هدف الدراسة :-

- التعرف علي قدرة التحكم الذاتي في التخلص من السلوكيات التي تؤدي إلي الاحتراق النفسي .

عينةالدراسة :-

تكونت عينة الدراسة من (630) معلماً ومعلمه من الجنسين. .

نتائج الدراسة :-

- هناك مؤثرات أساسية علي كل من مطالب التحكم الذاتي والتحكم المعرفي علي الاحتراق النفسي

4) دراسة كلووس- هيلموت Klaus – Helmut (2007)

وموضوعها " التحكم الذاتي والإنهاك بالعمل "

هدف الدراسة :-

تهدف الدراسة التأكيد علي أن التحكم الذاتي له تأثير كمصدر للإنهاك الوظيفي .

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (40) معلماً ومعلمه من الجنسين . تم اختيارهم بطريقة عشوائية .

نتائج الدراسة :-

1- أوضحت النتائج أن التحكم الذاتي كان مرتبط إيجابيا بالإنهاك الوظيفي .

2- أوضحت النتائج أن الأشكال المقاسة من التحكم الذاتي ساهمت بنسبة كبيرة بالتنبؤ بمقياس الإنهاك .

5) دراسة جووتمان مارين Gootman , Marilyn (2008)

وموضوعها " الضبط النفس والتحكم الذاتي لدي المعلم "

هدف الدراسة : -

أ - التعرف علي كيفية توجيه سلوك الطلاب للمعلمين المبتدئين والمحترفين عن طريق تنمية وتطوير العلاقات الإيجابية .

ب - تعليم الطلاب مهارات السلوك المناسب، وتوضيح كيفية تجنب السلوك الغير مناسب)

ت - تبحث الدراسة كيف يستطيع المعلم أن يساعد الطلاب علي أن يكونون مفكريا مبدعيبا أو متعلمين جيدين .

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة 125 معلماً ومعلمه ، وتم استخدام مقياس الضبط النفسي والتحكم الذاتي ، واستخدم المنهج الشبه تجريبي .

نتائج الدراسة :

أوضحت النتائج أن كلا من الضبط النفسي و التحكم الذاتي يساعد في تنمية وتطوير العلاقات الإيجابية لدي المعلمين .

6) دراسة باربرا أي Barbara , A (2007)

وموضوعها " التأثيرات التفاعلية للتحكم الذاتي والإنهاك الوظيفي "

هدف الدراسة :- بحثت الدراسة تأثيرات التحكم الذاتي علي المعلمين ذوي الاحتراق النفسي .

عينة الدراسة :-

تكونت عينة الدراسة من (549) معلماً و معلمة من الجنسين .

نتائج الدراسة : -

- توجد تأثيرات للمطالب العالية للتحكم الذاتي مرتبطة بالمطالب المتزأيدة اللتغلب علي العقبات الداخلية .

7) دراسة دأيستيل و ستيفان Diestel& Stefan (2010)

وموضوعها " مؤثرات التحكم الذاتي والعلاقة بين عبء العمل و الضغط المهني"

هدف الدراسة :-

التعرف علي عمليات التحكم الذاتي وزيادة العبء المهني علي الموظفين .

عينة الدراسة :-

تضمنت عينة الدراسة (574) معلماً ومعلمة من الجنسين .

نتائج الدراسة :-

أ- أوضحت النتائج أن التغلب علي المقاومة الداخلية عملت جزئيا كوسيط في التنبؤ بالتوتر النفسي لدي الموظفين .

ب - كانت هناك تأثيرات تفاعلية هامة بين عبء العمل والتحكم الدافعي تماما مثله بين متغيرات العبء العملي ومقاومة الإنهاك.

ت - وجدت مؤشرات للإنهاك النفسي المرتبط بالإنهاك المهني .

8) دراسة سكيميديت هيلموت Shmidt & Helmut (2010)

وموضوعها " مطالب التحكم الذاتي كمصدر محدد للإنهاك بالعمل "

هدف الدراسة : -

بحثت الدراسة ما إذا كانت مطالب التحكم الذاتي بالعمل كانت لها تأثيرات هامة علي عوامل الضغط المهني .

عينة الدراسة :-

تشتمل العينة علي (518) معلماً ومعلمه ، وتم تقسيم المعلمين لمجموعتين (تجريبية – ضابطة)

نتائج الدراسة :-

أوضحت الدراسة أن هناك ثلاثة أشكال من التحكم الذاتي : -

أشكال التحكم الذاتي بالعمل (التحكم الاندفاعي - مقاومة الاضطراب- التغلب علي المقاومة الداخلية)
.9) دراسة   كلاوس هيلموت Helmut- Klaus (2012)

وموضوعها " متطلبات التحكم الذاتي واستفتاء لقياس الضغوط المهنية "

هدف الدراسة :

- فحص المعايير والأشكال المختلفة للتحكم الذاتي في العمل مثل (التحكم – المقاومة - التغلب)

نتائج الدراسة :

- تقترح النتائج أن التوافق مع هذه المتطلبات هو مصدر ضروري للتغلب علي ضغط العمل .

أظهرت النتائج أن المعايير الثلاثة (التحكم – المقاومة - التغلب) متطلبات أساسية للتحكم الذاتي .

أن هناك علاقات إيجابية هامه بين ضغط العمل كمعيار مثل (الاحتراق النفسي ومقياس الغياب) .

تعليق علي ماسبق :

ينطوي التحكم الذاتي علي القدرة علي مقاومة و تأخير مدعمات متأخرة تكون أكثر قيمة وللتحكم الذاتي مكونات ثلاث هي رؤية الذات ، تقييم الذات وتدعيم الذات .

ويفتقر المعلمون المتعاملون مع ذوي الاحتياجات الخاصة إلي التحكم الذاتي حيث يكونون غير قادرين علي التحكم في انفعالتهم ، مما يؤدي إلي عدم التركيز في الشرح ، وسوء معاملة ذوي الاحتياجات الخاصة . ويعرف التحكم الذاتي بأنه يعني أن يكون لدي الفرد القدرة علي وضع سلوكه تحت التحكم الخاص . وفي التحكم الذاتي تكون كل عناصر التحكم داخل الفرد بخلاف التحكم الخارجي . ويتطلب التحكم الذاتي أن يتناول الفرد المثيرات الضابطة التي تجعل الإستجابات غير المرغوبة مستحيلة أو غير محتملة الوقوع ، وينطوي التحكم الذاتي علي ترك المعززات الحالية أو القريبة من أجل معززات بعيدة أكثر أهمية أو أكثر إشباعا

كما أن مصطلحات مثل التحكم الذاتي ، التنظيم الذاتي ، الكبح الذاتي، فاعلية الذات ، وتقدير الذات كلها تركيبات نفسية فردية غالبا تعتبر خصائص أو خصال يمتلكها الفرد . وغالبا ما يتم إدراك أن الفرد الذي يتمتع بالتحكم الذاتي سوف يتصرف بشكل عام بطريقة يغلب عليها التنظيم ، في حين أن الأفرادا الذين يقل حظهم من هذه الخاصية سوف يستجيبون للحياة بشكل أقل تنظيما،وبهذه الطريقة يفهم التحكم الذاتي علي أنه سمة من سمات الشخصية لدي كل فرد فيها مقدار قد يزيد أو ينقص،وكذلك فإن مصطلح التحكم الذاتي يتضمن أن مسؤلية التحكم الذاتي تقع علي الفرد وأن الفشل في السيطرة علي سلوك الفرد يعتبر فشلا للفرد.

ويتسم المعلمون المتعاملون مع ذوي الاحتياجات الخاصة بأنهم أيضاً مرهونون بعوامل وظروف ذاتية واجتماعية ، قد تؤدي إلي إحتراقهم نفسياً ، ويمكن تخفيف ذلك عن طريق استثارة المعلمين للعمل و الإنجاز و الإتجاة إلي بذل الجهد والمثابرة وزيادة النمو المعرفي لديهم . الاحتراق النفسي من المفاهيم الحديثة نسبياً ، و استخدم هذا المصطلح في أوائل السبعينيات للإشارة إلي الاستجابات الجسيمة والانفعالية لضغوط العمل لدي العاملين في المهن الإنسانية الذين يرهقون أنفسهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة . والاحتراق النفسي مرحلة يصل إليها الفرد عن زيادة الضغوط حتي تسبب الإنهيار والإرهاق ، بحيث يعاني الفرد بما يسمي بالاحتراق الذي يظهر علي سلوكة وتصرفاتة .

المراجع

أيمان محمد مصطفى زيدان (١٩٩٨) مدى فاعلية كل من الإرشاد النفسي الموجه وغير الموجه في تخفيف حدة الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمات رسالة دكتوراة معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعةالقاهرة .

أحمد عزت راجح (1973) أصول علم النفس :الطبعة الثالثة ، القاهرة ، دار المعارف

أحمد محمد عبدالخالق ومأيسة أحمد النيبال (1990) الدافع للإنجاز وعلاقتة بالقلق والانبساط . دراسات نفسية ، 1 (4) ، 637 -653 .

أحمد، محمد عبد اللطيف (٢٠٠٤) مصادر الضغوط لدى معلمي التربيةالخاصة وعلاقته ببعض المتغيرات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، أبريل، -العدد ٤ ص ١٧١ .

احمد زكي صالح (1972) :علم النفس التربوي،الطبعة الثالثة عشر،القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

آمال عبدالسميع باظة (2002) الصحة النفسية والعلاج ، القاهرة ، الانجلو المصرية .

السيد إبراهيم السمادونى (١٩٩٠) إدراك المتفوقين عقلياللضغوط والاحتراق النفسي في الفصل المدرسي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والبيئية" أبحاث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصرمن22-24 ينأير، الجمعيةالمصرية للدراسات النفسية، الجزء الثاني، القاهرة .

جمعة سيد يوسف (٢٠٠٦) الضغوط النفسية : أبعادها وأساليب مواجهتها فى : عبدالحليم محمودالسيد وآخرين، الأسس النفسية لتنمية الشخصية الأيمانية للمسلم المعاصر ، القاهر ة : المعهدالعالمى للفكر الإسلامى (قيد النشر).

حمدي على الفرماوى (١٩٩٠) مستوى ضغط المعلم وعلاقته ببعض المتغيرات "أبحاث المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري تنشئته ورعأيته ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس .

زأيد بن محمد البتال (٢٠٠٠) الاحتراق النفسي لدى معلمي و معلمات التربية الخاصة "، أكاديمية التربية الخاصة ، الرياض .

سيد عثمان وفؤاد ابو حطب (1978) التفكير،دراسات نفسية ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية

عادل عبد الله محمد (١٩٩٥) بعض سمات الشخصية والجنس ومدةالخبرة وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين،مجلة دراسات نفسية، رابطةالأخصائيين النفسيين المصرية، مجلد ٥، عدد٢ .ص (٣٤٥)

عبد الوهاب محمد كامل (1983) مقياس التحكم الذاتي، كراسة التعليمات،طنطا، المكتبة القومية الحديثة

عدنان الفرح (٢٠٠١) الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر :مجلة دراسات الجامعة الأردنية، العدد ٢المجلد ٢

على جامع عسكر، حسن الأنصاري محمد(١٩٨٦) مدى تعرض معلمي المرحلة الثانوية في دولة الكويت لزيادة الاحتراق النفسي " المجلة التربوية كلية التربية، جامعة الكويت، العدد العاشر، المجلد الثالث. ص9

فاروق السيد عثمان (٢٠٠١)القلق وإدارة الضغوط النفسية دارالفكر العربي، القاهرة.

فرج عبد القادر طه و،محمود السيد أبو النيل ، شاكر عطية قنديل، حسين معجم علم النفس عبد القادر محمد ، مصطفي كامل عبد الفتاح (2000) والتحليل النفسي .دار النهضة العربية، بيروت.

فؤاد ابو حطب وامال صادق(1980)علم النفس التربوي،ط2، القاهرة،مكتبة الانجلو المصرية

محمد عبدالغنى هلال (١٩٩١) .مهارات إدارة الضغوط : السيطرة والتحكم القاهر ة :مركزتطوير الأداء والتنمية .

محمد علي كامل(1996): قاءمة التحكم الذاتي لطلاب المدارس، كراسة التعليمات،القاهرة،مكتبة النهضة المصرية.

مجاهد محمد مجاهد (2013). فاعلية برنامج تدريبي للتحكم الذاتي وبرنامج تدريبي لدافعية الإنجاز في تخفيف الاحتراق النفسي لدي معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة من الجنسين رسالة دكتوراه غير منشورة.

نصر يوسف مقابلة(١٩٩٦)العلاقة بين مركز الضبط والاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين"، مجلة علم النفس، عدد ٣٩ ، السنة العاشرة، الهيئةالمصرية العامة للكتاب .ص ١

21) AdamWinsler (1999) Self- Regulation Training and Private Speech in Impulsive Preschoolers. California Conference,Vol.150.

22) Alexander Rodin(1980)DevelopmentPsychology.New York:DivanNostandCompany.

23)AlexandraBrewis:KarenSchmidt;ClaudiaCassa&AmiraSanchez(2003):CrossCultural Study of the ChildhoodDevelopmentTrajectory of Attention and Impulse Control.International Journalof BehavioralDevelopment,Vol.27,N.2,PP.174-181

24) AmyMace(2000)Assessment of Behavioral Impassivity and Instrucion of Self-Control in Preschool Children at Risk for Attention Deficit|Hyperaactivity Disorder Using Self-Control Paradigm,PHD.Lehigh University

25) AndrewJoseph(1993)Differential Effectiveness of ThreeCounseling Stratigies in Producing Self – Controlled Behavior.PHD,Fordham University Control,Handbook of Applied Behavior Analysis.Social and Instructional Processes,NewYork,Jivington

26) Brigham,T(1978):Self- 27) Coopersmith,S(1967):The Antecedents of Self-Esteem.San

27) Conrey,Joyce L .Satisfaction in workplace domains and burnout of special education teachersVol.65(9A),2005,PP.3333.

28)Diestel,Stefan;Schmidit,Klaus- Helmut: Mediator and moderator effects of demands on self –control in the relationship between work load and indicators of jop strainWork &Stress.Vol.23(1) ,Jan-Mar2009,pp60-79.

29) Francisco:Freeman Garmon West(1983):The Efficacy of Cognitive Self-Instruction and Distinctive Behavior and Improving Reflective Behavior in Second and Third Grade Boys and Girls.PHD

30) Gelber(1987) :Locus of Control and Self- Concept in Male and Female Elementary Students Designated Ipulsive or Reflective.EDD.University of Miance Mitchel

31)Gootman,Marilyn E:The caring teachers guide to discipline:Helping students learn self-control, responsibility,and respect 32)-JeanHorton(1984): The Use of Self –Instruction to Decrease Impulsive Behavior in Severly Disturbed Mentally Retarte Subjects(GeneralaizationMaintenance).PHD.University of Kansas .

Jensen,Stephanie A:Relationship between personality type and jop 33)

Engineering.Vol.68(7B),2008,PP.4874. burnout among special

34) Kanfer,F&Karoly,P(1972):Self Control,ABehaviortic Excursion,Behavior Therapy,V.2,PP398-416

35).Kesckmeti,C(1965):Introduction about Self-Control,Classical Philosophies and Scientific Research.New York:Freepress 36).Klausner,S(1965):The Quest for Self-Control,Classical Philosophies and Scientific Research, New York: Freepress

37) Laura Murry (2002):Self- Control Training in Young Children.PHD Western Michigan University.

38) Logue,A(1998):Self Control,Waiting,Until Tomorrow for What You Want Today, New Jersey:Prentice- Hall.

39)Miller,W.&Brown,J(1991)Self Regulations as Aconceptual Basis for Prevention and Treatment of Addective Behaviors,New York:MaxwellMechanism.

40) - Morrow,L(1985): Teaching Self- Control to Dually,Diagnosed Deaf Students ,Promising Procedures,American Annuls of The Deaf,Vol.130,``N .1,PP502-507.

41) .Morgan,C,King,R.&Robinson,N(1979):Introduction to Psychology, Tokyo: McCraw- Hill. - 42)Neil Leiberma (1981): AMultimethod Cognitive Behavioraln Functional Analysis of Self- Control of Latency- Age Children.PHD.University of Maryland College Park. 43).Pickhardet ,C(2000): Keys to Development Your Child s Self – Esteem.FPG International,Library of Congress

Aself- Control Therapy Program for Depression, Behavior Modification,Vol.5 N.4,PP454-489. An Evaluation of Major 44) Rehm :

45) -Gaitan,Peggy E(2010): Teacher Burnout factors as predictors of adherence to behavioral intervention Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences.Vol.71,2010,,pp.82

46) Green , Raymond J:Anderson-Clark,Tracy N:The relationship between first names and teacher expectations for achievement motivation.Journal of Language and social p Sychology.Vol.27(1),Mar2008,pp.94-99.2)

47) Schmidit,Klause- Helmut; Neubach, Barbara: Self Control demands-questionnaire for measuring aso far neglected jop stressor.Diagnostica.Vol.56(3), 2010,pp .133-143.

48),Sheng- Hwang:Jop stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses:Journal of Advanced Nursing.Vol.66(7),Jul2010,pp.1592-1601.

49) Schmidit,Klaus-Helmut:The relation of goal incongruence and self –control demands to indicators of jop strain among elderly care nursing staff:International Journal of Nursing Studies.Vol.47(7),Jul 2010,pp.885-863.

50)Pisaric,Christopher T:Motivational orientation and burnout among undergraduated college students. Peer Reviewed Journal;2010-Vol. 43,pp.1238-1252.

51) Van Opstal,Magda J.M.Carola:Asystematic,holistic and integrative process of self –control for voicing with optimal coping effects in teachers.Vol.62(1-2),Jan 2010,pp.61-70.

52)Schmidit,Klause-Helmut Barbara:Self- control demands as aspecific source of stress at workVol.8(4)2009,pp.169-179.

53)Platsidou,Maria(2010):Traitemotional intelligence of Greek special education teachers in relation to burnout and jop satifaction.School Psychology International.Vol.31(1),Feb,2010,pp60-76.

54) Lori Sue Danenberg.: Number of students referred for special education services as afactor in preschool teacher burnout.Vol.68(7A),2008,PP.2801.

55) Platsidou,Maria:Agaliotis,Loannis:Burnout,jop satisfaction and instructional assignment-related sources of stress in Greek special education teachers.International Journal of Disability,Development and Education.Vol.55(1) ,Mar2008,pp .61-76.

56) Neubach,Barbara,Schmidt,Klaus-Helmut: Main and interaction effects of self-control demands on indicators of jop strain.Vol.52(1),2008,pp.17-24.

57)Schmidt,Klaus-Helmt;Neubach,Babara:Self-control demands:Asource of stress at work. Australian Journal of Guidance& Counselling.Vol.17(2),2007,pp.109-125.

58)Millar,Angela Dawn:The role of the teacher in achievement motivation:Vol.67(5A),2006,PP.1650.

59)Veach,Julie M.The impact of new teacher induction programs on feelings of burnout of special education teachers.Vol.67(4-A)2006,PP.1293.

60)Egyed,CarlaJ;Short,Rick Jay:Teacher SelfEfficacy,Burnout,Experience and Decision to Refer adisruptive student.School Psychology International.Vol.27(4), Oct2006,pp.462-474.

61)Wei,Dong;Bing,Feng;Xiao,Song.Mental Health of Teachers and the relationship Between Mental Health and Achievement Motivation.Chinese Journal of Clinical Psychology.Vol.14(1),Feb 2006,pp.66-67.

61)Talmor,Rachel,Reiter,Shunit;Feigin,Neomi."Factors relating to regular education teacher burnout in inclusive education"European Journal of Special Needs Education.Vol.20(4),Nov 2005,pp.455.

62)Sari,Hakan:How Do Principals and Teachers in Special School in Turkey Rate Themselves on Levels of Burnout,Jop Satisfaction,and Locus of Control.Alberta Journal Educational Research.Vol.51(2),Sum2005,pp.172-192.

63)Xiting,Huang;Huang:The Role of Burnout in the Relationship Between Achievment and Motivation and Turnover Intention:Psychological Science(china).Vol28(1),Jan2005,pp.28-31.

64)Jennett,HeatherK,Harris,SandraL;Mesibov,GaryB.Journal of Autism and Developmental Disorders.Vol.33(6),Dec2003,pp583-593.

65) Toodle,Cynthia McKinney: study of

Perceived stress and the constructs of burnout among specialeducation middle school teachers.Vol.62(9A),Mar2002,pp.2946.

66)Ewing,Colleen Anissa.:The relationship of depressive symptomatology and academic achievement motivation in the school to the social responses of teachers:Vol.62(8B),Feb2002,pp.3797.

67)Fore,Cecil,Martin,Christopher;Bender,WilliamN:Teacher burnout in special education: The causes and recommended solutions:The High School Journal.Vol.86(1)Oct-Nov2002,pp.36-44.

68)Oehler-Stinnett,Judy;Boykin,Cynthia:Convergent,discrimiant,and predictive validity of the Teacher Rating of Academic Achievement MotivationVol.19(1)Mar2001,pp.4-18

69)Gootman, MarilynE:The Caring teachers guide to discipline:Helping Young students learn self- control, responsibility,and respect.responsibility,and respect(2nded)223pp:Corwin Press:US.

70)Schuck,Lisa,A,Oehler-Stinnett,Judy:Predictive Validity of the Teacher Rating of Academic Achievement Motivation:JournalVol.13(2),Jan 1995,pp143-156.

71)Letourneau,KathrineC:Sex,type,achievement motivation and locus of control in female teachers.Dissertation Abstracts International.Vol54(6-A),1993,PP.2014.